

Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2007

28 september 2006

Het College voor zorgverzekeringen, Gelet op de artikelen 32, 33 en 34 van de Zorgverzekeringswet en Hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering en Hoofdstuk 3 van de Regeling zorgverzekering;

Gelezen de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 26 september 2006 (kenmerk Z/F-2717188);

Heeft in zijn vergadering van 28 september 2006 besloten:

Hoofdstuk I. Algemene Bepalingen

Artikel 1

Deze regeling verstaat onder:

- a. college: Het College voor zorgverzekeringen;
- b. risicoklasse naar leeftijd en geslacht: Een vijfjaarsklasse, verdeeld naar geslacht, overeenkomstig tabel B4.1 van Bijlage 4 en tabel B5.1 van Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering;
- c. aard van het inkomenklasse: Een klasse gebaseerd op de aard van het inkomen en de leeftijd van een verzekerde, overeenkomstig tabel B4.4 van Bijlage 4 en overeenkomstig tabel B5.4 van Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering;
- d. regioklasse: Een klasse gebaseerd op de postcode van het adres waar een verzekerde woonachtig is en op de verzekeringsgerechtigdheid van de verzekerde op grond van de Ziekenfondswet op de datum 1 december 2005 overeenkomstig tabel B4.5 van Bijlage 4 en overeenkomstig tabel B5.5 van Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering;
- e. morbiditeitsrisicoklasse: Een vijftienjaarsklasse per geslacht, gebaseerd op morbiditeitsrisico, te rekenen vanaf nul tot en met vijfenzeventig jaar en ouder;
- f. voormalig ziekenfonds verzekerde: Een verzekerde die op 1 december 2005 verzekerd was op grond van de Ziekenfondswet;
- g. voormalig particulier verzekerde: Een verzekerde die op 1 december 2005 niet verzekerd was op grond van de Ziekenfondswet;
- h. '0-1' jarige: Een verzekerde die geboren is na 1 december 2005;
- i. overige vaste kosten ziekenhuisverpleging: Het totaal van de vaste kosten ziekenhuisverpleging met uitzondering van de academische component.

Artikel 2

1. Het college gaat bij de verdeling van de macro-deelbedragen 2007 en de berekening van de normatieve bedragen en de bijdragen ervan uit dat alle zorgverzekeraars die gedurende 2006 actief zijn geweest ook in 2007 als zorgverzekeraar actief zullen zijn, tenzij zij voor 1 augustus 2006 aan het college hebben aangegeven dat zulks niet het geval zal zijn.
2. Wanneer in deze regeling sprake is van zorgverzekeraars in de periode voor inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet, wordt onder zorgverzekeraars verstaan de ziekenfondsen en de privaatrechtelijke en publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraars.

Artikel 3. Samenloop van criteria aard van het inkomen

- Voor de indeling in de aard van het inkomenklasse deelt het college een verzekerde, die onder meerdere criteria valt in te delen, in op basis van de hierna genoemde volgorde:
1. 0 tot en met 14 jaar of 65 jaar en ouder;
 2. arbeidsongeschikten;
 3. bijstandsgerechtigden;
 4. WW, ANW (AWW) en overige uitkeringsgerechtigden;
 5. zelfstandigen, voor zover zij ook geen inkomsten uit arbeid in loondienst hebben ontvangen;
 6. referentiegroep aard van het inkomen, die alle verzekerden omvat die niet zijn ingedeeld bij een van de eerdergenoemde groepen 1 tot en met 5.

Artikel 4. Indeling in FKG's 2007 en DKG's 2007

1. Het college baseert de indeling in FKG's 2007 op bijlage 5 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 26 september 2006 (kenmerk Z/F-2717188).
2. Bij de berekening en herberekening van de FKG's zijn de volgende farmaceutische middelen uitgesloten:
 - a. middelen die in de G-standaard van Z-Index zijn aangemerkt als niet voor vergoeding in aanmerking komend op grond van artikel 2.8 Besluit zorgverzekering;
 - b. middelen die in de G-standaard van Z-Index zijn aangemerkt als kliniekverpakkingen;
 - c. middelen die in de G-standaard van Z-Index zijn aangemerkt als grond- en hulpstoffen.
3. Aan een verzekerde kunnen meerdere FKG's toegewezen worden, met uitzondering van de samenloop bij FKG's Diabetes I, Diabetes IIa, Diabetes IIb, Cholesterol en Hypertensie. In de tabel

in bijlage 2 bij deze regeling beleidsregels staat weergegeven welke FKG's het college aan een verzekerde toewijst, indien de verzekerde onder één of meer van de voornoemde FKG's zou kunnen vallen.

4. Bij de berekening van de normatieve bedragen baseert het college de indeling in DKG's 2007 op bijlage 6, bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 26 september 2006 (kenmerk Z/F-2717188).
5. Bij de herberekening van de normatieve bedragen baseert het college de indeling in DKG's 2007 op bijlage 6, DBC-diagnosecodes en DBC-behandelcodes, bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 26 september 2006 (kenmerk Z/F2717188).

Artikel 5. Indeling in regioklasse 2007

Wanneer van een verzekerde geen Nederlandse postcode bekend is zal het college als gewicht van de regioklasse de waarde nul hanteren.

Artikel 6

Het college past de regels die in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering zijn gesteld met betrekking tot de toekenning en vaststelling van de bijdragen aan de zorgverzekeraars voor het jaar 2007 toe met inachtneming van het bepaalde in deze regeling.

Hoofdstuk II. Toekenning van de bijdrage 2007

Artikel 7. Verzekerdenraming 2007

1. Het college baseert zich bij de raming van de verzekerdenaantallen naar risicoklasse leeftijd en geslacht 2007, naar regioklasse 2007 en van de verzekerdenaantallen van 18 jaar en ouder 2007, op de opgaven van de zorgverzekeraars van de verzekerdenaantallen op 1 juni 2006 naar geslacht, leeftijd en viercijferige postcode.
2. Het college raamt het aantal verzekerden 2007 per FKG 2007 per zorgverzekeraar als volgt, waarbij het college per zorgverzekeraar een afzonderlijke berekening uitvoert voor voormalig ziekenfondsverzekerden en voormalig particulier verzekerden:
 - a. Uitgangspunt is het aantal verzekerden 2005 met een FKG per FKG 2007 naar morbiditeitsrisicoklasse.
 - b. De verzekerdenaantallen in onderdeel a worden per FKG 2007 gedeeld door het overeenkomstige totaal aantal verzekerden per morbiditeitsrisicoklasse

2005. Dit resulteert in de zorgverzekeraarspecifieke FKG 2007-prevalentie 2005 per morbiditeitsrisicoklasse.

c. Het college vermenigvuldigt voor alle morbiditeitsrisicoklassen de zorgverzekeraarspecifieke FKG 2007-prevalentie 2005 per morbiditeitsrisicoklasse met de overeenkomstige prevalentieontwikkeling 2005–2006. Dit resulteert in de geraamde zorgverzekeraarspecifieke FKG 2007-prevalentie 2006 per morbiditeitsrisicoklasse.

d. Het college bepaalt de geraamde landelijke FKG 2007-prevalentie 2006 per morbiditeitsrisicoklasse door de stappen in de onderdelen a, b en c uit te voeren met de overeenkomstige landelijke verzekerdenaantallen, waarbij op landelijk niveau onderscheid wordt gemaakt in voormalig particulier verzekerden en voormalig ziekenfondsverzekerden.

e. Het college vormt per FKG 2007 en per morbiditeitsrisicoklasse een landelijke pool met het aantal verzekerden dat per saldo bij een verzekeraar is vertrokken en met het aantal verzekerden met een specifieke FKG dat per saldo bij een verzekeraar is vertrokken. De poolberekening die in de onderdelen f tot en met i staat beschreven wordt afzonderlijk uitgevoerd voor voormalig particulier verzekerden per zorgverzekeraar en voor voormalig ziekenfondsverzekerden per zorgverzekeraar.

f. Wanneer voor een zorgverzekeraar in een morbiditeitsrisicoklasse het geraamde totaal aantal verzekerden 2007 kleiner dan of gelijk is aan het totaal aantal verzekerden 2005 in die morbiditeitsrisicoklasse, wordt het aantal verzekerden 2007 per FKG 2007 als volgt berekend: 1°. Per zorgverzekeraar en per morbiditeitsrisicoklasse wordt het aantal verzekerden per FKG 2007 berekend door de geraamde verzekerdenaantallen 2007 te vermenigvuldigen met de geraamde zorgverzekeraarspecifieke FKG 2007-prevalentie 2006 per morbiditeitsrisicoklasse. Dit resulteert in het geraamde aantal verzekerden met een FKG per FKG 2007 per morbiditeitsrisicoklasse. 2°. Per zorgverzekeraar en per morbiditeitsrisicoklasse berekent het college per saldo de daling van het aantal verzekerden en brengt deze in in een pool per morbiditeitsrisicoklasse. Deze daling in het aantal verzekerden wordt per morbiditeitsrisicoklasse vermenigvuldigd met de geraamde zorgverzekeraarspecifieke FKG 2007-prevalentie 2006 en ingebracht in de eerdergenoemde pool per FKG per morbiditeitsrisicoklasse. Dit resulteert in het door een zorgverzekeraar ingebrachte aantal verzekerden met een FKG per FKG 2007 in de pool.

g. Het college sommeert het resultaat van onderdeel f, sub 2 voor alle zorgverzekeraars zodat per FKG 2007 per morbiditeitsrisicoklasse een landelijke pool met het totaal aantal ingebrachte verzekerden per morbiditeitsrisicoklasse en het totaal aantal ingebrachte verze-

kerden met een FKG per FKG 2007 onstaat.

h. De landelijke pool met het totaal aantal ingebrachte verzekerden, bedoeld in onderdeel g, wordt daarna als volgt opnieuw berekend: 1°. Het aantal verzekerden in de pool per morbiditeitsrisicoklasse wordt opnieuw berekend door het verschil per morbiditeitsrisicoklasse van het landelijk geraamde aantal verzekerden 2007 met het aantal verzekerden 2005 toe te voegen aan het aantal verzekerden in de pool per morbiditeitsrisicoklasse. 2°. Het aantal verzekerden in de pool per FKG per morbiditeitsrisicoklasse wordt opnieuw berekend door het verschil per morbiditeitsrisicoklasse van het landelijk geraamde aantal verzekerden 2007 met het aantal verzekerden 2005 te delen door de som van het totaal aantal verzekerden met die FKG in de pool te delen door de som van het totaal aantal verzekerden in de pool per bijbehorende morbiditeitsrisicoklasse. 3°. Na de herberekening van het aantal verzekerden in de pool per FKG 2007 per morbiditeitsrisicoklasse wordt per FKG 2007 per morbiditeitsrisicoklasse de geraamde relatieve prevalentie FKG 2007-prevalentie 2006 van de pool bepaald door de som van aantal verzekerden met die FKG in de pool te delen door de som van het totaal aantal verzekerden in de pool per bijbehorende morbiditeitsrisicoklasse.

i. Wanneer voor een zorgverzekeraar in een morbiditeitsrisicoklasse het geraamde aantal verzekerden 2007 groter is dan het aantal verzekerden 2005 in die morbiditeitsrisicoklasse, wordt het aantal verzekerden 2007 per FKG 2007 per morbiditeitsrisicoklasse als volgt berekend: 1°. Het college vermenigvuldigt het aantal verzekerden 2005 per morbiditeitsrisicoklasse met de geraamde zorgverzekeraarspecifieke FKG 2007-prevalentie 2006 per FKG 2007 per morbiditeitsrisicoklasse. 2°. Het college voegt per FKG 2007 per morbiditeitsrisicoklasse aan het resultaat van onderdeel i, sub 1 toe de geraamde groei van het aantal verzekerden van 2007 op 2005, vermenigvuldigd met de geraamde relatieve prevalentie van de betreffende pool, zoals bepaald in onderdeel h, sub 3.

j. Vervolgens worden per verzekeraar de verzekerdenaantallen 2007 per morbiditeitsrisicoklasse per FKG 2007 over de morbiditeitsrisicoklassen gesommeerd en afgerond op nul decimalen.

k. Tot slot worden per zorgverzekeraar per FKG 2007 de verzekerdenaantallen voormalig particulier verzekerden gesommeerd met de verzekerdenaantallen voormalig ziekenfondsverzekerden.

3. Het college raamt het aantal verzekerden per DKG 2007 per zorgverzekeraar als volgt:

a. Uitgangspunt is het totaal aantal verzekerden 2004 per DKG 1 tot en met 13 2007 per zorgverzekeraar, zoals de Stichting Prismant, gevestigd te Utrecht, deze aan het CVZ heeft aangeleverd, waarbij onderscheid wordt gemaakt naar voormalig ziekenfondsen en niet ziekenfondsen. De hierna volgende berekeningen worden afzonderlijk uitgevoerd voor voormalig particulier verzekerden per zorgverzekeraar en voor voormalig ziekenfondsverzekerden per zorgverzekeraar.

b. Het college bepaalt landelijke DKG 2007-prevalenties 2004 per morbiditeitsrisicoklasse per DKG 2007 door het totaal aantal verzekerden 2004 per DKG 2007 per morbiditeitsrisicoklasse te delen door de som van de aantallen verzekerden 2004 per morbiditeitsrisicoklasse over alle zorgverzekeraars.

c. Het college berekent het verwachte totaal aantal verzekerden 2004 per DKG 2007 per zorgverzekeraar door de verzekerdenaantallen per morbiditeitsrisicoklasse per zorgverzekeraar 2004 te vermenigvuldigen met de overeenkomstige landelijke DKG 2007-prevalenties 2004 per DKG 2007 morbiditeitsrisicoklasse, bedoeld in onderdeel b, en deze vervolgens over de morbiditeitsrisicoklassen te sommeren.

d. Het college bepaalt een zorgverzekeraarspecifieke DKG 2007-factor per DKG 2007 door de verzekerdenaantallen bedoeld in onderdeel a, te delen door de verwachte aantallen verzekerden 2004 per DKG 2007, bedoeld in onderdeel c.

e. Het college vormt per DKG 2007 en per morbiditeitsrisicoklasse een landelijke pool met het aantal verzekerden dat per saldo bij een verzekeraar is vertrokken en met het aantal verzekerden met een specifieke DKG dat per saldo bij een verzekeraar is vertrokken. De poolberekening die hierna in de onderdelen f, g, h en i staat beschreven wordt afzonderlijk uitgevoerd voor voormalig particulier verzekerden per zorgverzekeraar en voor voormalig ziekenfondsverzekerden per zorgverzekeraar.

f. Wanneer voor een zorgverzekeraar in een morbiditeitsrisicoklasse het geraamde totaal aantal verzekerden 2007 kleiner dan of gelijk is aan het totaal aantal verzekerden 2004 in die morbiditeitsrisicoklasse, wordt het aantal verzekerden 2007 per morbiditeitsrisicoklasse per DKG 2007 berekend door de aantallen verzekerden 2007 per morbiditeitsrisicoklasse te vermenigvuldigen met de in onderdeel b berekende landelijke DKG 2007-prevalentie per morbiditeitsrisicoklasse en dat resultaat weer te vermenigvuldigen met de onder d berekende zorgverzekeraarspecifieke DKG 2007-factor per DKG 2007.

g. Per verzekeraar en per morbiditeitsrisicoklasse berekent het college per saldo de daling van het aantal verzekerden en brengt deze in in een pool per morbiditeits-

teitsrisicoklasse. Deze daling in het aantal verzekerden wordt per morbiditeitsrisicoklasse vermenigvuldigd met de landelijke relatieve DKG 2007-prevalentie 2004 en de zorgverzekeraarspecifieke DKG factor en ingebracht in de pool per DKG 2007 per morbiditeitsrisicoklasse. Dit resulteert in het door een zorgverzekeraar ingebracht aantal verzekerden met een DKG per DKG 2007 per morbiditeitsrisicoklasse in de pool.

h. Het college voert de berekening onder g uit voor alle zorgverzekeraars en de sommeert de resultaten, waardoor per DKG 2007 per morbiditeitsrisicoklasse een landelijke pool ontstaat met het totaal aantal ingebrachte verzekerden per morbiditeitsrisicoklasse en het totaal aantal ingebrachte verzekerden met een DKG per DKG 2007.

i. Het aantal verzekerden in de pool, bedoeld in onderdeel g, wordt als volgt opnieuw berekend:

1°. Het aantal verzekerden in de pool per morbiditeitsrisicoklasse wordt opnieuw berekend door het verschil per morbiditeitsrisicoklasse van het landelijk geraamde aantal verzekerden 2007 met het aantal verzekerden 2004 toe te voegen aan het aantal verzekerden in de pool per morbiditeitsklasse.

2°. Het aantal verzekerden in de pool per DKG per morbiditeitsrisicoklasse wordt opnieuw berekend door het verschil per morbiditeitsrisicoklasse van het landelijk geraamde aantal verzekerden 2007 met het aantal verzekerden 2004 te vermenigvuldigen met de landelijke relatieve DKG 2007-prevalentie 2004 en toe te voegen aan het aantal verzekerden in de pool per DKG per morbiditeitsklasse.

3°. Na de herberekening van het aantal verzekerden in de pool per DKG 2007 per morbiditeitsrisicoklasse bepaalt het college per morbiditeitsrisicoklasse de geraamde relatieve prevalentie 2007 van de pool per DKG 2007 per morbiditeitsrisicoklasse door de som van het aantal verzekerden in de pool per DKG per morbiditeitsrisicoklasse te delen door de som van het totaal aantal verzekerden in de betreffende morbiditeitsrisicoklasse.

j. Wanneer voor een zorgverzekeraar in een morbiditeitsrisicoklasse het geraamde aantal verzekerden 2007 groter is dan het gemiddeld aantal verzekerden 2004, wordt het aantal verzekerden 2007 per DKG 2007 per morbiditeitsrisicoklasse als volgt berekend:

1°. Het college vermenigvuldigt het aantal verzekerden 2004 per morbiditeitsrisicoklasse met de in onderdeel b berekende landelijke DKG 2007-prevalentie 2004 per DKG 2007 per morbiditeitsrisicoklasse en vermenigvuldigt dat resultaat weer met de onder d berekende zorgverzekeraarspecifieke DKG 2007-factor per DKG 2007

2°. Het college voegt per DKG 2007 per morbiditeitsrisicoklasse aan het resultaat

van onderdeel a toe de geraamde groei van het aantal verzekerden van 2007 op 2004, vermenigvuldigd met de geraamde relatieve prevalentie 2007 van de betreffende pool per DKG per morbiditeitsrisicoklasse, zoals bepaald in onderdeel i, sub 3.

k. Vervolgens worden per zorgverzekeraar per DKG 2007 de aantallen verzekerden per DKG 1 tot met 13 2007 per morbiditeitsrisicoklasse over de morbiditeitsrisicoklassen gesommeerd en afgerond op vier decimalen.

l. Het aantal verzekerden 2007 in DKG 0 bepaalt het college door het geraamde totaal aantal verzekerden 2007 per zorgverzekeraar te verminderen met het over DKG 1 tot en met 13 gesommeerde resultaat van onderdeel k.

m. Tot slot worden per zorgverzekeraar de verzekerdenaantallen voormalig particulier verzekerden en de verzekerdenaantallen voormalig ziekenfondsverzekerden opgeteld.

Artikel 8. De verdeling van het macrodeelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en de berekening van de normatieve bedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp ten behoeve van de zorgverzekeraars

Voor de verdeling van het macrodeelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp hanteert het college als uitgangspunten:

1. a. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per risicoklasse 2007 naar leeftijd en geslacht, genoemd in bijlage 3 bij deze regeling beleidsregels;

b. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per FKG 0 t/m 20 2007, genoemd in bijlage 4 bij deze regeling beleidsregels;

c. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per DKG 0 t/m 13 2007, genoemd in bijlage 5 bij deze regeling beleidsregels;

d. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2007, genoemd in bijlage 6 bij deze regeling beleidsregels;

e. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per regioklasse 2007, genoemd in bijlage 7 bij deze regeling beleidsregels, waarbij onderscheid wordt gemaakt in voormalig ziekenfondsverzekerden en voormalig particulier verzekerden. Het college bepaalt de gewichten voor de categorie '0-1' jarigen door per regioklasse het gewogen gemiddelde te nemen van de gewichten voor voormalig ziekenfonds-

verzekerden en voormalig particulier verzekerden, waarbij het gewicht voor voormalig ziekenfondsverzekerden voor 51,4% meeweegt in het gemiddelde en het gewicht voor voormalig particulier verzekerden voor 48,6%.

2. De gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per risicoklasse 2007 worden per overeenkomstige risicoklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per risicoklasse 2007. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.

3. De gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per FKG 2007 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per FKG 2007. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het tweede lid.

4. De gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per DKG 2007 worden per overeenkomstige DKG vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per DKG 2007. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het derde lid.

5. De gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2007 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per aard van het inkomenklasse 2007. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vierde lid.

6. De gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per regioklasse 2007 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per regioklasse 2007. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vijfde lid.

7. Het resultaat van het zesde lid wordt aangeduid als het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007.

Artikel 9. De verdeling van het macrodeelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging en de berekening van de normatieve bedragen vaste kosten van ziekenhuisverpleging ten behoeve van de zorgverzekeraars

1. Het college bepaalt het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging samenhangend met de overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2007 als volgt:

a. Voor de zorgverzekeraars die in 2005 als ziekenfonds werkzaam waren, berekent het college de gemiddelde totale kosten van ziekenhuisverpleging per verzekerde per zorgverzekeraar in 2005 op basis van gegevens uit het financieel verslag 2005 en de jaarstaat 2005.

b. Voor de overige zorgverzekeraars berekent het college de gemiddelde totale kosten van ziekenhuisverpleging per verzekerde per zorgverzekeraar in 2005 met als basis de gegevensaanlevering van voormalig privaatrechtelijke en publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraars over het jaar 2005, zoals gespecificeerd door het college in zijn brief met toelichting van 4 april 2006 (kenmerk VZU/26023117 en VZU/26049102) aan de zorgverzekeraars.

c. Per zorgverzekeraar vermenigvuldigt het college de geraamde aantallen verzekerden 2007, voor zover het voormalig ziekenfondsverzekerden betreft, met het berekende bedrag in onderdeel a.

d. Per zorgverzekeraar vermenigvuldigt het college de geraamde aantallen verzekerden 2007, voor zover het voormalig particulier verzekerden betreft, met het berekende bedrag in onderdeel b.

e. Vervolgens berekent het college de landelijke vaste kostenfactor 2007 door het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2007 samenhangend met de overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging te delen door de som van het resultaat van onderdeel c en het resultaat van onderdeel d en dit resultaat af te ronden op 7 decimalen.

f. Het in onderdeel a berekende bedrag per zorgverzekeraar wordt met de landelijke vaste kostenfactor 2007 vermenigvuldigd en afgerond op 2 decimalen. Het resultaat hiervan wordt aangeduid als het zorgverzekeraarspecifieke bedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging samenhangend met de overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging per geraamde voormalig ziekenfondsverzekerde 2007.

g. Het in onderdeel b berekende bedrag per zorgverzekeraar wordt met de landelijke vaste kostenfactor 2007 vermenigvuldigd en afgerond op 2 decimalen. Het resultaat hiervan wordt aangeduid als het zorgverzekeraarspecifieke bedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging samenhangend met de overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging per geraamde voormalig particulier verzekerde 2007.

2. Indien het gemiddelde aantal verzekerden van een zorgverzekeraar in 2005 minder dan 10.000 bedraagt, wordt voor de zorgverzekeraars bij de berekening bedoeld in het eerste lid, voor de onderdelen a en b voor voormalige ziekenfondsverzekerden uitgegaan van de kosten van ziekenhuisverpleging 2005 van alle ziekenfondsen en voor voormalig particulier verzekerden uitgegaan van de kosten van alle privaatrechtelijke en publiekrechtelijke ziektekostenverze-

keraars. In de berekening wordt voor voormalig ziekenfondsverzekerden verder uitgegaan van de aantallen voormalig ziekenfondsverzekerden 2005 van alle ziekenfondsen en voor voormalig particulier verzekerden van het totaal aantal verzekerden 2005 van alle privaatrechtelijke en publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraars. Deze werkwijze wordt ook gevolgd wanneer de zorgverzekeraar geen juiste of geen volledige opgave over 2005 aan het college heeft gedaan of wanneer een opgave niet mogelijk is.

3. a. Het college berekent per zorgverzekeraar het deelbedrag overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging samenhangend met de overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2007 voor voormalig ziekenfondsverzekerden door het zorgverzekeraarspecifieke bedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging samenhangend met de overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging per geraamde voormalig ziekenfondsverzekerde 2007 te vermenigvuldigen met het totaal aantal geraamde voormalig ziekenfondsverzekerden 2007.

b. Het college berekent per zorgverzekeraar het deelbedrag overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging samenhangend met de overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2007 voor voormalig particulier verzekerden door het zorgverzekeraarspecifieke bedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging samenhangend met de overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging per geraamde voormalig particulier verzekerde 2007 te vermenigvuldigen met het totaal aantal geraamde voormalig particulier verzekerden 2007 van de betreffende zorgverzekeraar.

c. Vervolgens berekent het college per zorgverzekeraar het deelbedrag overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging samenhangend met de overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2007 door de resultaten van de onderdelen a en b te sommeren.

4. Het college berekent per zorgverzekeraar het deelbedrag samenhangend met de academische component 2007 door het bedrag academische component per verzekerde uit artikel 3.4, eerste lid, van de Regeling zorgverzekering met betrekking tot 2007 te vermenigvuldigen met het totaal aantal geraamde verzekerden 2007.

5. De som van het resultaat van het derde lid en het resultaat van het vierde lid wordt aangeduid als deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2007.

Artikel 10. De verdeling van het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties en de berekening van de normatieve bedragen kosten van overige prestaties ten behoeve van de zorgverzekeraars

1. Voor de verdeling van het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties hanteert het college als uitgangspunten:

a. De gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per risicoklasse 2007 naar leeftijd en geslacht, genoemd in bijlage 8 bij deze regeling beleidsregels;

b. De gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per FKG 2007, genoemd in bijlage 9 bij deze regeling beleidsregels;

c. De gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per DKG 2007, genoemd in bijlage 10 bij deze regeling beleidsregels;

d. De gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2007, genoemd in bijlage 11 bij deze regeling beleidsregels;

e. De gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per regioklasse 2007, genoemd in bijlage 12 bij deze regeling beleidsregels, waarbij onderscheid wordt gemaakt in voormalig ziekenfondsverzekerden en voormalig particulier verzekerden;

Het college bepaalt afzonderlijk gewichten voor de categorie '0-1' jarigen door per regioklasse het gewogen gemiddelde te nemen van de gewichten voor voormalig ziekenfondsverzekerden en voormalig particulier verzekerden, waarbij het gewicht voor voormalig ziekenfondsverzekerden voor 51,4% meeweegt in het gemiddelde en het gewicht voor voormalig particulier verzekerden voor 48,6%.

2. De gewichten kosten van de totale overige prestaties per verzekerde per risicoklasse 2007 worden per overeenkomstige risicoklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per risicoklasse 2007. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.

3. De gewichten kosten van de totale overige prestaties per verzekerde per FKG 2007 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per FKG 2007. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het tweede lid.

4. De gewichten kosten van de totale overige prestaties per verzekerde per DKG 2007 worden per overeenkomstige DKG vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per DKG 2007. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het derde lid.

5. De gewichten kosten van de totale overige prestaties per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2007 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per aard van het inkomenklasse 2007. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vierde lid.

6. De gewichten kosten van de totale overige prestaties per verzekerde per regioklasse 2007 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per regioklasse 2007. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vijfde lid.

7. Het resultaat van het zesde lid wordt aangeduid als deelbedrag kosten van overige prestaties 2007.

8. Ter voorlichting aan de zorgverzekeraars kunnen ook deelbedragen per afzonderlijke overige prestaties worden berekend overeenkomstig de leden 2 tot 7.

Artikel 11. De raming van de normatieve no-claimteruggave

1. Voor de raming van de normatieve no-claimteruggaven hanteert het college als uitgangspunten:

a. de gewichten no-claimteruggave per verzekerde per risicoklasse naar leeftijd en geslacht 2007, genoemd in bijlage 13 bij deze regeling beleidsregels;

b. de gewichten no-claimteruggave per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2007, genoemd in bijlage 14 bij deze regeling;

c. de gewichten no-claimteruggave per verzekerde per regioklasse 2007, genoemd in bijlage 15 bij deze regeling.

2. De gewichten no-claimteruggave per verzekerde per risicoklasse 2007 worden per overeenkomstige risicoklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per risicoklasse 2007. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.

3. De gewichten no-claimteruggave per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2007 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per aard van het inkomenklasse 2007. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het tweede lid.

4. De gewichten no-claimteruggave per verzekerde per regioklasse 2007 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per regioklasse 2007. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het derde lid.

5. Het resultaat van het vierde lid wordt aangeduid als de geraamde normatieve no-claimteruggave 2007.

Artikel 12. De berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar, en de berekening en toekenning van de bijdrage aan een zorgverzekeraar

1. Het college stelt het normatieve bedrag 2007 van een zorgverzekeraar vast als de som van het volgens dit hoofdstuk berekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007, het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2007 en het deelbedrag kosten van overige prestaties 2007.

2. Het college raamt de opbrengst 2007 van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de geraamde aantallen verzekerden van 18 jaar en ouder 2007 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2007.

3. Het college vermindert het resultaat van het tweede lid met een percentage van 0,15782% vanwege de geraamde gedeerde inkomsten voor verzekerden van 18 jaar en ouder waarvoor als gevolg van de toepasselijkheid van artikel 24 Zorgverzekeringswet geen nominale premies worden ontvangen.

4. Het college berekent de bijdrage 2007 aan een zorgverzekeraar als het normatieve bedrag 2007 plus de geraamde normatieve no-claimteruggave 2007 minus de volgens het tweede lid en derde lid geraamde opbrengst van de nominale rekenpremie 2007.

5. Het college berekent de uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan 18 jaar 2007. Deze uitkering bedraagt het aantal geraamde verzekerden jonger dan 18 jaar, vermenigvuldigd met 50 euro.

6. Het college kent de bijdrage 2007 ter hoogte van de bijdrage berekend in het vierde lid, aangevuld met het bedrag berekend in het vijfde lid, aan de zorgverzekeraar toe.

Artikel 13. Herberekeningen als gevolg van splitsingen

Indien een zorgverzekeraar na de toekenning van de bijdrage 2007 besluit zich te splitsen, dient de zorgverzekeraar aan het college mee te delen hoe naar zijn verwachting de geraamde verzekerdenaantallen 2007 verdeeld zullen worden, over nieuwe dan wel bestaande zorgverzekeraars. Het college kan de toegekende bijdrage herzien en de bijdragen aan nieuwe dan wel bestaande zorgverzekeraars toekennen, een en ander rekening houdend met de meegeerde geraamde verzekerdenaantallen en het tijdstip waarop de splitsing wordt gerealiseerd.

Artikel 14. De uitkering van de normatieve no-claim-teruggave

1. Het college herberekent in maart 2008 de geraamde gewichten no-claimteruggave op basis van de verzekerdenaantallen 2007, voor zover die op 1 maart 2008 bij het college beschikbaar

zijn, en de door de zorgverzekeraars verwachte no-claimteruggave 2007 op de volgende wijze:

a. Het college berekent de normatieve no-claimteruggave voor alle verzekerden 2007 overeenkomstig artikel 11 op basis van de bij het college bekende totale verzekerdenaantallen van 18 jaar en ouder naar risicoklassen 2007, naar aard van het inkomenklassen 2007 en naar regioklassen 2007.

b. Het college berekent de landelijke gemiddelde verwachte no-claimteruggave per verzekerde van 18 jaar en ouder 2007 door de som van de verwachte no-claimteruggaven over alle zorgverzekeraars te delen door de som van de aantallen verzekerden van 18 jaar en ouder 2007 van alle zorgverzekeraars.

c. Het college berekent de no-claimschalingsfactor 2007 door de landelijke gemiddelde verwachte no-claimteruggave per verzekerde 2007, berekend in onderdeel b, te vermenigvuldigen met het totaal aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2007, en dat vervolgens weer te delen door de normatieve no-claimteruggave voor alle verzekerden 2007, berekend in onderdeel a, en deze no-claimschalingsfactor 2007 vervolgens af te ronden op zeven decimalen.

d. Het college herberekent voor de eerste maal de gewichten no-claimteruggave per verzekerde per risicoklasse 2007, per aard van het inkomenklasse 2007 en per regioklasse 2007, door de overeenkomstige gewichten uit artikel 12 te vermenigvuldigen met de no-claimschalingsfactor 2007, berekend in onderdeel c, en het resultaat vervolgens op twee decimalen af te ronden.

2. Het college berekent de normatieve no-claimteruggave als volgt:

a. Per zorgverzekeraar worden de herberekende gewichten no-claimteruggave per verzekerde per risicoklasse 2007 per overeenkomstige risicoklasse vermenigvuldigd met de aantallen verzekerden van 18 jaar en ouder per risicoklasse 2007. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.

b. Per zorgverzekeraar worden de herberekende gewichten no-claimteruggave per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2007 per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per aard van het inkomenklasse 2007. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van onderdeel a.

c. Per zorgverzekeraar worden de gewichten no-claimteruggave per verzekerde per regioklasse 2007 per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per regioklasse 2007. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar

gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van onderdeel b.
d. Het resultaat van onderdeel c wordt aangeduid als de normatieve no-claimteruggave 2007.
e. Het college herzielt de toekenning van de geraamde normatieve no-claimteruggave 2007 overeenkomstig artikel 12 voor 1 april 2008 aan de zorgverzekeraar.

Artikel 15. Herverdeling van de macro-deelbedragen als gevolg van onverwacht grote marktverschuivingen

1. Indien naar het oordeel van het college op grond van de opgave van de verzekerdenaantallen gedurende het jaar 2007 blijkt dat de verdeling van de verzekerden over de zorgverzekeraars sterk afwijkt van de verzekerdenraming van het college en daardoor ernstige liquiditeitsproblemen bij meerdere zorgverzekeraars dreigen te ontstaan, kan het college een nieuwe verzekerdenraming opstellen, mede op basis van de opgave van de verzekerdenaantallen 2007 per een nader te bepalen datum. Daarbij zal het college zoveel mogelijk de in artikel 7 bepaalde berekeningswijze volgen.
2. Met behulp van de nieuwe verzekerdenraming zal het college de macro-deelbedragen 2007 opnieuw verdelen en eveneens de normatieve bedragen 2007 ten behoeve van, en de bijdragen 2007 aan de zorgverzekeraars opnieuw berekenen en aan de zorgverzekeraars toekennen. Het college stelt de zorgverzekeraars zo spoedig mogelijk op de hoogte of en wanneer het tot een nieuwe berekening en herziening van de toekenning van de bijdragen voor alle zorgverzekeraars overgaat.

Hoofdstuk III. De voorlopige vaststelling van de bijdrage aan een zorgverzekeraar

Artikel 16. Algemene bepaling

1. Het college herberekent de verzekerdenaantallen naar risicoklasse en het normatieve bedrag voorlopig op basis van het financieel verslag 2007 en de jaarstaat 2007 van de zorgverzekeraars.
2. Voor de voorlopige herberekening, bedoeld in het eerste lid, bepaalt het college het aantal verzekerden per FKG 2007 per zorgverzekeraar als volgt:
a. Uitgangspunt is de opgave van alle declaraties farmaceutische hulp 2006 van de zorgverzekeraar aan het college. Op basis daarvan bepaalt het college het aantal verzekerden 2006 per FKG 2007. Daarbij splitst het college het aantal verzekerden FKG 0 2007 in een verzekerdenaantal FKG 2007 onbekend en een verzekerdenaantal FKG 0 2007. Het verzekerdenaantal FKG onbekend bestaat uit verzekerden met een woonadres in het buitenland en waarvoor de zorgverzekeraar geen informatie heeft over farmaciedeclaraties.

b. Het college bepaalt de gewichten voor alle FKG 2007-onbekend op 0,00.
c. De verzekerdenaantallen in onderdeel a worden gedeeld door het overeenkomstige totaal aantal verzekerden per morbiditeitsrisicoklasse 2006. Dit resulteert in de zorgverzekeraarspecifieke FKG 2007-prevalentie 2006 per morbiditeitsrisicoklasse.
d. Het college berekent het aantal verzekerden 2007 per FKG 2007 per morbiditeitsrisicoklasse door de verzekerdenaantallen 2007 per morbiditeitsrisicoklasse te vermenigvuldigen met de zorgverzekeraarspecifieke FKG 2007-prevalentie 2006 per morbiditeitsrisicoklasse.
e. Tot slot worden de verzekerdenaantallen 2007 per morbiditeitsrisicoklasse per FKG 2007 over de morbiditeitsrisicoklassen gesommeerd en afgerond op nul decimalen.
3. Voor de voorlopige herberekening, bedoeld in het eerste lid, bepaalt het college het aantal verzekerden per DKG 2007 per zorgverzekeraar als volgt:
a. Uitgangspunt is de opgave van de declaraties van alle DBC's die in 2006 geopend zijn, die de zorgverzekeraar aan het college doet toekomen per 1 juni 2008. Op basis daarvan bepaalt het college het aantal verzekerden per DKG dat in 2007 aan de in artikel 4, vierde lid, genoemde omschrijving voldoet. Daarbij splitst het college het aantal verzekerden DKG 0 2007 in een verzekerdenaantal DKG 2007 onbekend en een verzekerdenaantal DKG 0 2007. Het verzekerdenaantal DKG onbekend bestaat uit verzekerden met een woonadres in het buitenland en waarvoor de zorgverzekeraar geen DBC-informatie heeft.
b. Het college bepaalt alle gewichten voor de DKG 2007 onbekend op 0,00.
c. Op basis van de ervaringen ten aanzien van de uitloop van de DBC-declaraties die in 2006 zijn geopend maar pas in 2007 zijn gedeclareerd, verhoogt het college de aantallen verzekerden per DKG 2007 berekend in onderdeel a.
4. Het college bepaalt met behulp van opgaven van de Belastingdienst en het UWV, het referentiebestand van SA-Zorg over 2007 en de verzekerdenopgaven van de zorgverzekeraars de aantallen verzekerden per aard van het inkomenklasse 2007.
5. Het college bepaalt met behulp van het referentiebestand SA-Zorg (ziekenfondsen) per 1 december 2005 en het referentiebestand van SA-Zorg over 2007, en de opgave van de zorgverzekeraars over de verzekerden naar vijfjarige postcode van het adres waar de verzekerde woonachtig is, de aantallen verzekerden naar regioklasse 2007.

Artikel 17. De voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007

1. Het college bepaalt per zorgverzekeraar en voor het totaal van de zorgverzekeraars de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007 met inachtneming van de artikelen 3.7, 3.8 en 3.9, van de Regeling zorgverzekering.
2. Het college herberekent op grond van artikel 16 het normatieve bedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007 voor het totaal van alle verzekerden 2007 van alle zorgverzekeraars op de wijze zoals beschreven in artikel 8, eerste tot en met zesde lid.
3. Het college berekent de schalingsfactor variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007 door de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007, bepaald in het eerste lid, te sommeren over alle verzekerden en deze te delen door het in het tweede lid herberekende normatieve bedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp voor het totaal van alle verzekerden 2007 van alle zorgverzekeraars.
4. Het college herberekent alle gewichten uit artikel 8 door deze te vermenigvuldigen met de schalingsfactor variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007, en deze vervolgens af te ronden op twee decimalen.
5. Het college vermenigvuldigt de in het vierde lid herberekende gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per risicoklasse naar leeftijd en geslacht 2007 met de aantallen verzekerden per overeenkomstige risicoklasse 2007 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgzorgverzekeraar gesommeerd.
6. De in het vierde lid herberekende gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per FKG 2007 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per FKG 2007 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vijfde lid.
7. De in het vierde lid herberekende gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per DKG 2007 worden per overeenkomstige DKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2007 per DKG 2007 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zesde lid.
8. De in het vierde lid herberekende gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische

sche hulp per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2007 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2007 per aard van het inkomenklasse 2007 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zevende lid.

9. De in het vierde lid herberekende gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per regioklasse 2007 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per regioklasse 2007 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het achtste lid.

10. Vervolgens past het college op de volgende wijze een generieke verevening toe:

a. Per zorgverzekeraar wordt het verschil bepaald tussen de kosten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp als resultaat van het eerste lid en het resultaat van het negende lid. Vervolgens komt 30 procent van dit verschil in aanmerking voor verevening.

b. Door sommering van de in onderdeel a verkregen bedragen over alle zorgverzekeraars ontstaat het totale bedrag voor de verevening. Dit totale bedrag wordt gedeeld door het aantal verzekerden voor 2007 voor alle zorgverzekeraars, waaruit een gemiddeld bedrag per verzekerde resulteert. Per zorgverzekeraar wordt deze uitkomst vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2007 van de zorgverzekeraar.

c. Vervolgens worden het deelbedrag, verkregen in het negende lid, en het verschil tussen de uitkomsten, verkregen in de onderdelen a en b, bij elkaar opgeteld.

11. Daarna calculeert het college per zorgverzekeraar 35 procent na op het verschil tussen de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, verkregen in het eerste lid en het resultaat van het tiende lid onderdeel c.

12. Het resultaat van het elfde lid wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007.

13. a. Voor de toepassing van artikel 3.9, twaalfde lid, van de Regeling zorgverzekering trekt het college van het voorlopige herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007 af de kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007, zoals bepaald in artikel 17, eerste lid.

b. Indien het in onderdeel a bepaalde bedrag groter is dan het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2007 maal 17,50 euro, dan trekt het college 90 pro-

cent van het meerdere af van het voorlopig herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007.

c. Indien het in onderdeel a bepaalde bedrag kleiner is dan het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2007 maal – 17,50 euro, dan voegt het college 90 procent van het verschil toe aan het voorlopig herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007.

Artikel 18. De voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2007

1. Het college bepaalt per zorgverzekeraar overeenkomstig de artikelen 3.7, 3.8 en 3.10, van de Regeling zorgverzekering, de overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2007.

2. Het college herberekent het deelbedrag overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging samenhangend met de overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2007 per zorgverzekeraar voorlopig als volgt:

a. De kosten overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2006 worden per zorgverzekeraar gedeeld door het aantal verzekerden 2007. Dit vormt het herberekende zorgverzekeraarspecifieke bedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging samenhangend met de overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging per verzekerde 2007.

b. Het in onderdeel a opnieuw berekende zorgverzekeraarspecifieke bedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging samenhangend met de overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging per verzekerde 2007 wordt vermenigvuldigd met het totaal aantal verzekerden 2007 per zorgverzekeraar.

3. Aan het resultaat van het tweede lid, onderdeel b, voegt het college een bedrag toe ter grootte van het aantal verzekerden 2007 per zorgverzekeraar vermenigvuldigd met het bedrag academische component per verzekerde uit artikel 3.4, eerste lid, van de Regeling zorgverzekering met betrekking tot 2007.

4. Tot slot calculeert het college per zorgverzekeraar 100 procent na op het verschil tussen de kosten vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2007, verkregen in het eerste lid, en het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging, verkregen in het derde lid.

5. Het resultaat van het vierde lid wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2007.

Artikel 19. De voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van overige prestaties 2007

1. Het college bepaalt de kosten van overige prestaties 2007 met inachtneming van de artikelen 3.7 en 3.8, van de Regeling zorgverzekering.

2. Het college berekent het normatieve bedrag kosten van overige prestaties 2007 voor het totaal van alle verzekerden 2007 van alle zorgverzekeraars op de wijze zoals beschreven in artikel 10, eerste tot en met het zesde lid.

3. Het college berekent de schalingsfactor kosten van overige prestaties 2007 door de som van in het eerste lid bepaalde kosten van overige prestaties 2007 van alle zorgverzekeraars te delen door het in het tweede lid herberekende normatieve bedrag kosten van overige prestaties voor alle verzekerden 2007 van alle zorgverzekeraars.

4. Het college herberekent alle gewichten uit artikel 10 door deze te vermenigvuldigen met de schalingsfactor kosten van overige prestaties 2007, en deze vervolgens af te ronden op twee decimalen.

5. De in het vierde lid herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde 2007 naar leeftijd en geslacht worden per overeenkomstige risicoklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2007 per risicoklasse per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.

6. De in het vierde lid herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per FKG 2007 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2007 per FKG 2007 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vijfde lid.

7. De in het vierde lid herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per DKG 2007 worden per overeenkomstige DKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2007 per DKG 2007 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zesde lid.

8. De in het vierde lid herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2007, worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2007 per aard van het inkomenklasse 2007 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zevende lid.

9. De in het vierde lid herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per regioklasse 2007 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2007 per regioklasse 2007 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het achtste lid.

10. Het resultaat van het negende lid wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van overige prestaties 2007.

Artikel 20. De voorlopige herberekening van de normatieve no-claimteruggave 2007

1. Het college herberekent de gewichten no-claimteruggave op basis van de verzekerden aantallen 2007 en de door de zorgverzekeraars verantwoorde no-claimteruggave 2007 uit het financieel verslag 2007 op de volgende wijze:

a. Het college berekent de landelijke gemiddelde no-claimteruggave per verzekerde van 18 jaar en ouder 2007 door de som van de no-claimteruggaven 2007 over alle zorgverzekeraars te delen door som van de aantallen verzekerden van 18 jaar en ouder 2007 van alle zorgverzekeraars.

b. Het college berekent de normatieve no-claimteruggave voor alle verzekerden van 18 jaar en ouder 2007 overeenkomstig artikel 11 op basis van de bij het college bekende totale verzekerdenaantallen naar de in artikel 11 genoemde risicoklassen naar leeftijd en geslacht 2007, naar aard van het inkomenklassen 2007 en naar regioklassen 2007.

c. Het college herberekent de no-claimschalingsfactor 2007 door de landelijke gemiddelde no-claimteruggave per verzekerde van 18 jaar en ouder 2007, berekend in onderdeel a, te vermenigvuldigen met het totaal aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2007, en dat vervolgens weer te delen door de normatieve no-claimteruggave voor alle verzekerden van 18 jaar en ouder 2007, berekend in onderdeel b, en deze no-claimschalingsfactor 2007 vervolgens af te ronden op zeven decimalen.

d. Het college herberekent voor de tweede maal de gewichten no-claimteruggave per verzekerde per risicoklasse naar leeftijd en geslacht 2007, per aard van het inkomenklasse 2007 en per regioklasse 2007 door de overeenkomstige gewichten uit artikel 11 te vermenigvuldigen met de no-claimschalingsfactor 2007, herberekend in onderdeel c, en deze vervolgens op twee decimalen af te ronden.

2. Het college herberekent de normatieve no-claimteruggave voorlopig als volgt:

a. Per zorgverzekeraar worden de op grond van het eerste lid, onderdeel d, herberekende gewichten no-claimteruggave per verzekerde per risicoklasse naar leeftijd en geslacht 2007 per overeenkomstige risicoklasse vermenigvuldigd met de aantallen verzekerden van 18 jaar en ouder in 2007 per risicoklasse 2007. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.

b. Per zorgverzekeraar worden de op grond van het eerste lid, onderdeel d, herberekende gewichten no-claimteruggave per verzekerde per aard

van het inkomenklasse 2007 per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2007 per aard van het inkomenklasse 2007. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van onderdeel a.

c. Per zorgverzekeraar worden de op grond van het eerste lid, onderdeel d, herberekende gewichten no-claimteruggave per verzekerde per regioklasse 2007 per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2007 per regioklasse 2007. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van onderdeel b.

d. Het resultaat van onderdeel c wordt aangeduid als de voorlopig herberekende normatieve no-claimteruggave 2007.

Artikel 21. De voorlopige herberekening van het normatieve bedrag 2007 en de voorlopige herberekening en voorlopige vaststelling van de bijdrage 2007

1. Het college herberekent het normatieve bedrag 2007 voorlopig als de som van het voorlopige herberekende deelbedrag 2007 variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007 na toepassing van artikel 3.9, twaalfde lid van de Regeling zorgverzekering, het voorlopige herberekende deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2007 en het voorlopig herberekende deelbedrag kosten van overige prestaties 2006.

2. Het college bepaalt de opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de verzekerden van 18 jaar en ouder 2007 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2007.

3. Het college vermindert het resultaat van het tweede lid met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt in zijn jaarverslag als gederfde inkomsten voor verzekerden van 18 jaar en ouder waarvoor als gevolg van de toepasselijkheid van artikel 24 Zorgverzekeringwet geen nominale premies worden ontvangen.

4. Het college herberekent voorlopig de aanvulling op de bijdrage voor de uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan 18 jaar door het aantal verzekerden jonger dan 18 jaar in 2007 te vermenigvuldigen met 50 euro.

5. Het college herberekent de bijdrage 2007 voorlopig door van de som van het herberekende normatieve bedrag 2007 bedoeld in het eerste lid, de aanvulling voor uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan 18 jaar bedoeld in het vierde lid en de voorlopig herberekende normatieve no-claimteruggave bedoeld in artikel 20, tweede lid, onderdeel d, de opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in het derde lid, af te trekken.

6. Het college stelt de bijdrage 2007 voorlopig vast ter hoogte van de in het vorige lid berekende bijdrage.

Hoofdstuk IV. De vaststelling van de bijdrage 2007 aan een zorgverzekeraar

Artikel 22. Algemene bepaling

1. Het college herberekent het normatieve bedrag definitief rekening houdend met de maatschappelijke verantwoording 2007. De posten verrekening oude jaren uit de maatschappelijke verantwoording 2008 worden bij de definitieve herberekening betrokken.

2. Voor de herberekening, bedoeld in het eerste lid, bepaalt het college het aantal verzekerden per FKG 2007 per zorgverzekeraar als volgt:

a. Uitgangspunt is de opgave van alle declaraties farmaceutische hulp 2007 van de zorgverzekeraar aan het college.

b. Op basis daarvan bepaalt het college het aantal verzekerden per morbiditeitsrisicoklasse per FKG 2007 dat in 2007 aan de in artikel 5, eerste lid, genoemde omschrijving voldoet. Daarbij splitst het college het aantal verzekerden FKG 0 2007 in een verzekerdenaantal FKG 0 2007.

c. Het college bepaalt alle gewichten voor FKG 2006-onbekend op 0,00. Het verzekerdenaantal FKG 0 2007 onbekend en verzekerdenaantal FKG 0 2007. Het verzekerdenaantal FKG 0 2007 onbekend en verzekerden met een woonadres in het buitenland en waarvoor de zorgverzekeraar geen informatie heeft over farmaciedeclaraties.

c. Het college bepaalt alle gewichten voor FKG 2006-onbekend op 0,00.

d. Het college bepaalt de landelijke prevalentieontwikkeling 2006–2007 per morbiditeitsrisicoklasse per FKG 2007.

e. Het college schaaft met behulp van de onder d bepaalde prevalentieontwikkeling de aantallen verzekerden per morbiditeitsrisicoklasse per FKG 2007 terug naar de prevalentie 2006, sommeert deze over de morbiditeitsrisicoklassen en rondt deze som af op nul decimalen.

3. Voor de herberekening, bedoeld in het eerste lid, bepaalt het college het aantal verzekerden per DKG 2007 per zorgverzekeraar als volgt:

a. Uitgangspunt is de opgave van de declaraties van alle DBC's die in 2007 geopend zijn van de zorgverzekeraar aan het college.

b. Op basis daarvan bepaalt het college het aantal verzekerden per DBC dat in 2007 aan de in artikel 4, derde lid, genoemde omschrijving voldoet. Daarbij splitst het college het aantal verzekerden DKG 0 2007 in een verzekerdenaantal DKG 0 2007 onbekend en een verzekerdenaantal DKG 0 2007.

c. Het college bepaalt alle gewichten bestaande uit verzekerden met een woonadres in het buitenland en waarvoor de zorgverzekeraar geen DBC-informatie heeft.

c. Het college bepaalt alle gewichten voor DKG 2007-onbekend op 0,00.

Artikel 23. De definitieve herberekening van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2006

1. Het college hanteert bij de definitieve herberekening van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007 als uitgangspunten:

a. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per risicoklasse 2007 naar leeftijd en geslacht, zoals vermeld in bijlage 16 bij deze regeling beleidsregels;

b. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per FKG 0 t/m 20 2007, zoals vermeld in bijlage 17 bij deze regeling beleidsregels;

c. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per DKG 0 t/m 13 2007, zoals vermeld in bijlage 18 bij deze regeling beleidsregels;

d. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2007, zoals vermeld in bijlage 19 bij deze regeling beleidsregels;

e. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per regioklasse 2007, zoals vermeld in bijlage 20 bij deze regeling beleidsregels, waarbij onderscheid wordt gemaakt in voormalig ziekenfondsverzekerden en voormalig particulier verzekerden. Het college bepaalt afzonderlijk gewichten voor de categorie '0-1' jarigen.

2. Het college bepaalt de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007 met inachtneming van de artikelen 3.7, 3.8 en 3.9, van de Regeling zorgverzekering.

3. Het college herberekent het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007 voor het totaal van alle verzekerden van alle zorgverzekeraars 2007 op de wijze zoals beschreven in artikel 8, gebruik makend van de gewichten uit het eerste lid.

4. Het college herberekent de schalingsfactor variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007 door de som van totale variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007 van alle zorgverzekeraars, zoals bepaald in het tweede lid, te delen door het herberekende normatieve deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp voor het totaal van alle verzekerden 2007 van alle verzekeraars, zoals berekend in het derde lid en afgerond op zeven decimalen.

5. Het college herberekent alle gewichten uit het eerste lid door deze te vermenigvuldigen met de herberekende schalingsfactor variabele kosten van

ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007 en rond deze af op twee decimalen.

6. Het college vermenigvuldigt de in het vijfde lid herberekende gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per risicoklasse 2007 naar leeftijd en geslacht met de aantallen verzekerden per overeenkomstige risicoklasse per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.

7. De in het vijfde lid herberekende gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde 2007 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per FKG 2007 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zesde lid.

8. De in het vijfde lid herberekende gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde 2007 worden per zorgverzekeraar per overeenkomstige DKG 2007 vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2007 per DKG 2007. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zevende lid.

9. De in het vijfde lid herberekende gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2007 worden per zorgverzekeraar per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2007 per aard van het inkomenklasse 2007. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het achtste lid.

10. De in het vijfde lid herberekende gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per regioklasse 2007, worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per regioklasse 2007 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het negende lid.

11. Het college past een hoge kostencompensatie toe overeenkomstig artikel 3.12 van de Regeling zorgverzekering.

12. Vervolgens past het college op de volgende wijze een generieke verevening toe:

a. Per zorgverzekeraar wordt het verschil bepaald tussen de kosten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp als resultaat van het eerste lid en het resultaat van het elfde lid. Vervolgens komt 30 procent van dit verschil in aanmerking voor verevening.

b. Door sommering van de onder a verkregen bedragen over alle zorgverzeke-

raars ontstaat het totale bedrag voor de verevening. Dit totale bedrag wordt gedeeld door het aantal verzekerden voor 2007 voor alle zorgverzekeraars, waaruit een gemiddeld bedrag per verzekerde resulteert. Per zorgverzekeraar wordt deze uitkomst vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2007 van de zorgverzekeraar.

c. Vervolgens worden het deelbedrag, verkregen in het elfde lid, en het verschil tussen de uitkomsten, verkregen in de onderdelen a en b, opgeteld.

13. Daarna calculeert het college per zorgverzekeraar 35 procent na op het verschil tussen de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, verkregen in het eerste lid en het resultaat van het twaalfde lid, onderdeel c.

14. Het resultaat van het dertiende lid wordt aangeduid als het definitief herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007.

15. a. Voor de toepassing van artikel 3.9, twaalfde lid van de Regeling zorgverzekering trekt het college van het definitieve herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007 af de kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007, zoals bepaald in het eerste lid.

b. Indien het in onderdeel a bepaalde bedrag groter is dan het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2007 maal 17,50 euro, dan trekt het college 90 procent van het meerdere af van het definitieve herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007.

c. Indien het in onderdeel a bepaalde bedrag kleiner is dan het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2007 maal - 17,50 euro, dan voegt het college 90 procent van het verschil toe aan het definitieve herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007.

Artikel 24. De definitieve herberekening van het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2007

Het college herberekent definitief het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2007 definitief overeenkomstig artikel 18, maar met inachtneming van artikel 22, eerste lid.

Artikel 25. De definitieve herberekening van het deelbedrag kosten van overige prestaties 2006

1. Voor de definitieve herberekening van het deelbedrag kosten van overige prestaties hanteert het college als uitgangspunten:

a. De gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per risicoklasse 2007

Naar leeftijd en geslacht, zoals vermeld in bijlage 21 bij deze regeling beleidsregels;

b. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per FKG 2007, zoals vermeld in bijlage 22 bij deze regeling beleidsregels;

c. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per DKG 2007, zoals vermeld in bijlage 23 bij deze regeling beleidsregels;

d. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2007, zoals vermeld in bijlage 24 bij deze regeling beleidsregels;

e. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per regioklasse 2007, zoals vermeld in bijlage 25 bij deze regeling beleidsregels, waarbij onderscheid wordt gemaakt in voormalig ziekenfondsverzekerden en voormalig particulier verzekerden; Het college bepaalt afzonderlijk gewichten voor de categorie '0-1' jarigen.

2. Het college bepaalt de kosten van overige prestaties 2007 met inachtneming van de artikelen 3.7 en 3.8, van de Regeling zorgverzekering.

3. Het college herberekent het normatieve bedrag kosten van overige prestaties 2007 voor het totaal van alle verzekerden 2007 van alle zorgverzekeraars op de wijze zoals beschreven in artikel 9, gebruik makend van de gewichten uit het eerste lid.

4. Het college herberekent de schalingsfactor kosten van overige prestaties 2007 door de som van de kosten van overige prestaties 2007 van alle zorgverzekeraars, zoals bepaald in het tweede lid, te delen door het normatieve bedrag kosten van overige prestaties 2007 voor het totaal van alle verzekerden 2007 van alle zorgverzekeraars, zoals berekend in het derde lid en af te ronden op zeven decimalen.

5. Het college herberekent alle gewichten uit het eerste lid door deze te vermenigvuldigen met de herberekende schalingsfactor overige prestaties 2007, en deze vervolgens af te ronden op twee decimalen.

6. De herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde 2007 worden per overeenkomstige risicoklasse naar leeftijd en geslacht vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2007 per risicoklasse 2007 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.

7. De herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per FKG 2007 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2007 per FKG 2007 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zesde lid.

8. De herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per DKG 2007 worden per overeenkom-

stige DKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2007 per DKG 2007 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zevende lid.

9. De herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2007 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2007 per aard van het inkomenklasse 2007 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het achtste lid.

10. De gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per regioklasse 2007 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2007 per regioklasse 2007 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het negende lid.

11. Het college past een hoge kostencompensatie toe overeenkomstig artikel 3.11 van de Regeling zorgverzekering.

12. Het resultaat van het tiende lid wordt aangeduid als het definitief herberekende deelbedrag kosten van overige prestaties 2007.

Artikel 26. De definitieve herberekening van de normatieve no-claimteruggave 2006

1. Het college herberekent de gewichten no-claimteruggave op basis van de verzekerdenaantallen 2007 en de door de zorgverzekeraars verantwoorde no-claimteruggave 2007 uit het financieel verslag 2007, inclusief de correctie hierop uit het financieel verslag 2008, definitief op de volgende wijze:

a. Het college herberekent definitief de landelijke gemiddelde no-claimteruggave per verzekerde van 18 jaar en ouder 2007 door de som van de no-claimteruggaven 2007 over alle zorgverzekeraars te delen door som van de aantallen verzekerden 2007 van 18 jaar en ouder in 2007 van alle zorgverzekeraars.

b. Het college herberekent definitief de normatieve no-claimteruggave 2007 voor alle verzekerden 2007 overeenkomstig artikel 11 op basis van de bij het college bekende totale verzekerdenaantallen 2007 naar risicoklassen naar leeftijd en geslacht 2007, naar aard van het inkomenklassen 2007 en naar regioklassen 2007.

c. Het college herberekent definitief de no-claimschalingsfactor 2007 door de landelijke gemiddelde no-claimteruggave per verzekerde van 18 jaar en ouder 2007, berekend in onderdeel a, te vermenigvuldigen met het totaal aantal verzekerden 2007 van 18 jaar en ouder 2007, en dat vervolgens weer te delen door de in onderdeel b

herberekende normatieve no-claimteruggave voor alle verzekerden 2007, en deze vervolgens af te ronden op zeven decimalen.

d. Het college herberekent definitief de gewichten no-claimteruggave per verzekerde per risicoklasse 2007, per aard van het inkomenklasse 2007 en per regioklasse 2007 door de overeenkomstige gewichten uit artikel 11 te vermenigvuldigen met de no-claimschalingsfactor 2007, herberekend in onderdeel c, en deze vervolgens op twee decimalen af te ronden.

2. Het college herberekent definitief de normatieve no-claimteruggave als volgt:

a. Per zorgverzekeraar worden de op grond van het eerste lid, onderdeel d, definitief herberekende gewichten no-claimteruggave per verzekerde per risicoklasse 2007 naar leeftijd en geslacht per overeenkomstige risicoklasse vermenigvuldigd met de aantallen verzekerden van 18 jaar en ouder per risicoklasse 2007. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.

b. Per zorgverzekeraar worden de op grond van het eerste lid, onderdeel d, definitief herberekende gewichten no-claimteruggave per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2007 per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per aard van het inkomenklasse 2007. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van onderdeel a.

c. Per zorgverzekeraar worden de op grond van het eerste lid, onderdeel d, definitief herberekende gewichten no-claimteruggave per verzekerde per regioklasse 2007 per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per regioklasse 2007. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van onderdeel b.

d. Het resultaat van onderdeel c wordt aangeduid als de definitieve normatieve no-claimteruggave 2007.

Artikel 27. De definitieve herberekening van het normatieve bedrag 2007 en de definitieve herberekening en de vaststelling van de bijdrage 2007

1. Het college herberekent het normatieve bedrag 2007 definitief als de som van het definitieve deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007 na toepassing van artikel 3.9, twaalfde lid van de Regeling zorgverzekering, het definitieve deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2007 en het definitieve deelbedrag kosten van overige prestaties 2007.

2. Het college bepaalt de definitieve opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de verzeker-

den van 18 jaar en ouder 2007 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2006.

3. Het college vermindert het resultaat van het tweede lid met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt in zijn jaarverslag als gedeelde inkomsten voor verzekerden van 18 jaar en ouder waarvoor als gevolg van de toepasselijkheid van artikel 24 Zorgverzekeringswet geen nominale premies worden ontvangen.

4. Het college berekent de definitieve aanvulling op de bijdrage voor de uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan 18 jaar door het aantal verzekerden jonger dan 18 jaar 2007 te vermenigvuldigen met 50 euro.

5. Het college berekent de bijdrage 2007 definitief door van de som van het definitieve normatieve bedrag 2007 bedoeld in het eerste lid, de aanvulling voor uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan 18 jaar bedoeld in het vierde lid en de definitieve normatieve no-claimteruggave bedoeld in artikel 26, tweede lid, onderdeel d, de opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in het derde lid, af te trekken.

6. Het college stelt de bijdrage 2007 vast ter hoogte van de in het vorige lid definitief berekende bijdrage.

Hoofdstuk V. De uitkering voor de kosten van prestaties die door het college naar het werkelijk bedrag worden vergoed

Artikel 28

1. Bij gelegenheid van de vaststelling van de bijdrage 2007 als bedoeld in artikel 27 stelt het college per zorgverzekeraar ook de uitkering 2007 vast voor de kosten die op grond van de Zorgverzekeringswet naar het werkelijke bedrag door het college worden vergoed.

2. In afwachting van de vaststelling van de uitkering 2007 voor de kosten die op grond van de Zorgverzekeringswet naar het werkelijke bedrag door het college worden vergoed, stelt het college bij de voorlopige vaststelling van de bijdrage 2007 bedoeld in artikel 21 ook de voorlopige uitkering 2007 voor de kosten die op grond van de Zorgverzekeringswet naar het werkelijke bedrag door het college worden vergoed, vast.

Hoofdstuk VI. De betalingen aan de zorgverzekeraars

Artikel 29

1. Het college betaalt de zorgverzekeraars de bijdrage, bedoeld in artikel 12, derde lid, uit, verminderd met het bedrag voor de geraamde normatieve no-claimteruggave. Het college maakt bij de betalingen onderscheid naar de volgende bestanddelen:

a. het deel van het normatieve bedrag 2007 dat betrekking heeft op het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en het deelbedrag vaste kosten van

ziekenhuisverpleging, met uitzondering van het deelbedrag samenhangend met de academische component, bedoeld in artikel 9, vierde lid;

b. het deelbedrag samenhangend met de academische component, bedoeld in artikel 9, vierde lid;

c. het deel van het normatieve bedrag 2007 dat betrekking heeft op het deelbedrag kosten van overige prestaties;

d. een aftrekpost voor de geraamde opbrengst van de nominale rekenpremie;

2. Het college betaalt de zorgverzekeraars de uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan 18 jaar, bedoeld in artikel 12, vijfde lid.

3. Het college betaalt de zorgverzekeraars de normatieve no-claimteruggave bedoeld in artikel 14, tweede lid, onderdeel e.

4. Voor de betaling van de kosten, die op grond van de Zorgverzekeringswet naar werkelijke kosten worden vergoed, kan het college ambtshalve een bedrag vaststellen, waarmee de betaling aan de zorgverzekeraars wordt verhoogd.

5. Indien toepassing van onderscheidenlijk het eerste, tweede en vierde lid resulteert in een negatief saldo voor de zorgverzekeraar, schort het CVZ de betalingen aan de zorgverzekeraar op, tot het negatieve saldo is verrekend.

Artikel 30

1. De bestanddelen genoemd in artikel 29, eerste lid, alsmede de uitkering bedoeld in artikel 29, tweede lid, betaalt het college in termijnen op de eerste werkdag van de maand, overeenkomstig onderstaand betalingsschema:

Betalingschema

Betaalmoment	Bestanddelen betalingen bedoeld in artikel 29, eerste lid en uitkering bedoeld in artikel 29, tweede lid				
	Lid 1, onder a	Lid 1, onder b	Lid 1, onder c	Lid 1, onder d	Lid 2
februari 2007	0,919500%	8,333300%		16,666700%	8,333300%
maart 2007	2,643700%	8,333300%	8,333300%	8,333300%	8,333300%
april 2007	4,367800%	8,333400%	8,333400%	8,333400%	8,333400%
mei 2007	6,092000%	8,333300%	8,333300%	8,333300%	8,333300%
juni 2007	7,643500%	8,333300%	8,333300%	8,333300%	8,333300%
juli 2007	8,333300%	8,333400%	8,333400%	8,333400%	8,333400%
augustus 2007	8,333300%	8,333300%	8,333300%	8,333300%	8,333300%
september 2007	8,333300%	8,333300%	8,333300%	8,333300%	8,333300%
oktober 2007	8,333300%	8,333400%	8,333400%	8,333400%	8,333400%
november 2007	8,333300%	8,333300%	8,333300%	8,333300%	8,333300%
december 2007	8,333300%	8,333300%	8,333300%	8,333300%	8,333300%
januari 2008	8,333300%	8,333400%	8,333400%		8,333400%
februari 2008	7,413900%		8,333300%		
maart 2008	5,689700%				
april 2008	3,965600%				
mei 2008	2,241400%				
juni 2008	0,689800%				

2. Het college betaalt de normatieve no-claimteruggave, bedoeld in artikel 14, tweede lid, onderdeel e, aan de zorgverzekeraars in één termijn op de laatste werkdag van de maand maart 2008.

3. Voor een zorgverzekeraar, die zich op grond van artikel 25 Zorgverzekeringswet aanmeldt bij het College van toezicht op de zorgverzekeringen nadat het College voor zorgverzekeringen de bij-

dragen voor de zorgverzekeraars heeft toegekend, kan het college voor die zorgverzekeraar afwijken van het betalingschema in het eerste lid.

4. In bijzondere omstandigheden, wanneer de betalingen voor een zorgverzekeraar kennelijk ontoereikend zijn, kan het college op verzoek van die zorgverzekeraar de betalingen verhogen. Indien de betalingen kennelijk ontoereikend zijn wegens toename van het aantal verzekerden dat bij de zorgverzekeraar is ingeschreven, voldoet het college aan een verzoek van de zorgverzekeraar om verhoging van de betalingen, wanneer die toename tenminste 5 procent bedraagt, met een minimum van 3.000 verzekerden, ten opzichte van het verzekerdenaantal dat aan de berekening van de bijdrage ten grondslag heeft gelegen. Het minimum van 3.000 verzekerden geldt niet als de toename 25 procent of meer bedraagt.

Artikel 31

1. Indien het college de bijdragen voor de zorgverzekeraars herziet, op grond van artikel 16, herziet het college ook de te betalen termijnen overeenkomstig artikel 30. Het college verrekenet het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de herziene termijnen op de eerste werkdag van de maand juni 2007.

2. Indien het college de bijdrage voorlopig vaststelt, op grond van hoofdstuk III, herziet het college ook de te betalen termijnen overeenkomstig artikel 30. Op de eerste werkdag van de maand augustus 2008 verrekenet het college het verschil tussen de voor het jaar 2008 betaalde termijnen en de herziene termijnen.

3. Na de vaststelling van de bijdrage, op grond van hoofdstuk IV, herziet het college de definitief te betalen termijnen overeenkomstig artikel 30. Het college verrekenet het verschil tussen de herziene termijnen, bedoeld in het vorige lid, met de definitief te betalen termijnen.

4. Indien toepassing van onderscheidenlijk het eerste, tweede en derde lid, resulteert in een positief saldo voor de zorgverzekeraar, betaalt het college dat saldo ineens aan de zorgverzekeraar,

behoudens een eventuele verrekening met een vordering op de zorgverzekeraar uit hoofde van de Zorgverzekeringswet dan wel de AWBZ.

5. Indien toepassing van onderscheidenlijk het eerste, tweede en derde lid, resulteert in een negatief saldo voor de zorgverzekeraar, wordt dat saldo ineens door de desbetreffende zorgverzekeraar aan het college terugbetaald, behoudens voor zover het college het bedrag heeft verrekenet met enige vordering op de zorgverzekeraar op grond van de Zorgverzekeringswet dan wel de AWBZ.

Artikel 32

1. De zorgverzekeraar en het college zijn over en weer rente verschuldigd en hebben over en weer aanspraak op rente over de verschillen, bedoeld in artikel 31.

2. De rente, bedoeld in het eerste lid, wordt bij de voorlopige en definitieve vaststelling van de uitkering door het college verwerkt en zo mogelijk verrekenet met andere betalingen die uit deze vaststellingen voortvloeien.

Artikel 33

1. Bij de verrekening van verschillen, bedoeld in artikel 31, eerste lid, berekent het college rente over het verschil vanaf de datum waarop het verschil is ontstaan tot de datum waarop de verschillen worden verrekenet.

2. Bij de verrekening van de verschillen, bedoeld in artikel 31, tweede lid, berekent het college rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 30, eerste en tweede lid, tot de datum van de voorlopige vaststelling van de bijdrage.

3. Bij de verrekening van de verschillen, bedoeld in artikel 31, derde lid, berekent het college rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 30, eerste en tweede lid tot de datum van de definitieve vaststelling van de bijdrage.

4. Voor een zorgverzekeraar waarvoor krachtens artikel 30, derde en vierde lid, afwijkende betalingen hebben plaatsgevonden, kan het college bij de renteberekening afwijken van de vorige leden.

5. Voor het rentepercentage gaat het college uit van het gemiddelde van de maandrentes van het Euro Interbank

Offered Rate (Euribortarief) voor drie maanden termijn gelden zonder onderpand over de periodes, bedoeld in het eerste, tweede en derde lid. Voor de laatste kalendermaand vóór de betaling wordt uitgegaan van de rente over de voorafgaande kalendermaand. Het percentage wordt verhoogd met 0,3 procentpunt bij een voor de zorgverzekeraar positief saldo, als bedoeld in artikel 31, vierde lid. Het percentage wordt verlaagd met 0,3 procentpunt bij een voor de zorgverzekeraar negatief saldo, als bedoeld in artikel 31, vijfde lid.

6. De rente betreft een samengestelde rente en wordt op maandbasis berekend. Bij de berekening wordt een maand op 30 en een jaar op 360 dagen gesteld.

7. Indien de situatie zich voordoet dat het in deze paragraaf bedoelde Euro Interbank Offered Rate (Euribortarief) niet meer kan worden toegepast, zal een zoveel als mogelijk overeenkomstig tarief worden gehanteerd.

Hoofdstuk VII. Slotbepalingen

Artikel 34

Deze regeling treedt in werking met ingang 1 januari 2007.

Artikel 35

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2007.

Deze regeling zal in de Staatscourant worden geplaatst.

De voorzitter,

J.S.J. Hillen.

De Algemeen Directeur,
P.C. Hermans.

Regeling goedgekeurd door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij brief van 29 september 2006, nummer Z/F-2719175.

Bijlage 1. Prevalentie-ontwikkeling 2005-2006 per morbiditeitsrisicoklasse per FKG 2007

Bron: College voor zorgverzekeringen

Mannen Leeftijd	0	1 Nieraan- doeningen	2 HIV/AIDS	3 Aand. van hersenen/ ruggemerg	4 Cystic fibrosis/ pancreas	5 Parkinson
0 t/m 14	0,998893	1,426106	1,116083	1,122817	1,013606	1
15 t/m 29	0,999173	1,302976	1,139497	1,101291	0,975536	1,187609
30 t/m 44	0,996798	1,026366	1,031111	1,029009	1,085433	0,997834
45 t/m 54	0,990436	1,032688	1,124911	1,039496	1,251895	1,015046
60 t/m 74	0,976663	1,122469	1,091475	1,103261	1,2162	1,008873
75 e.o.	0,955354	1,279458	1,402485	1,00608	1,282163	1,03161

Vrouwen Leeftijd	0	1 Nieraan- doeningen	2 HIV/AIDS	3 Aand. van hersenen/ ruggemerg	4 Cystic fibrosis/ pancreas	5 Parkinson
0 t/m 14	0,999351	1,366298	0,982776	0,817981	1,022354	1
15 t/m 29	0,999453	0,996534	1,126552	1,078021	1,276635	0,832694
30 t/m 44	0,997602	1,09796	1,107493	1,077631	1,1707	1,094064
45 t/m 59	0,990936	1,073812	1,298909	1,066214	1,25804	1,069876
60 t/m 74	0,982691	1,11182	1,191863	1,112355	1,229627	1,020888
75 e.o.	0,966982	1,400238	0,99307	0,977553	1,148017	0,996106
Totaal	0,991647	1,175924	1,091261	1,071878	1,190468	1,030972

Mannen Leeftijd	6 Transplan- taties	7 Reuma	8 Hartaan- doeningen	9 Hoog cho- lesterol	10 Epilepsie	11 Cara
0 t/m 14	0,978306	0,740194	1,179234	1,118515	1,075699	1,021368
15 t/m 29	1,01518	1,244637	1,004787	1,054034	1,00318	0,992891
30 t/m 44	1,075602	1,158817	0,989618	1,111098	1,01015	0,9832
45 t/m 59	1,025653	1,100174	0,962873	1,070517	1,01898	1,016551
60 t/m 74	1,07168	1,027907	0,968072	1,091431	1,03624	0,992519
75 e.o.	1,10505	1,080637	0,989317	1,194242	1,036795	1,006749

Vrouwen Leeftijd	6 Transplan- taties	7 Reuma	8 Hartaan- doeningen	9 Hoog cho- lesterol	10 Epilepsie	11 Cara
0 t/m 14	1,140979	1,121803	1,058374	1,132589	1,015053	1,038228
15 t/m 29	1,109165	1,12695	1,04926	1,065054	1,042275	0,99953
30 t/m 44	1,056403	1,113018	1,022049	1,111944	1,007104	1,008132
45 t/m 59	1,058451	1,07509	0,97721	1,11477	1,032112	1,029547
60 t/m 74	1,080378	1,072932	0,965843	1,09261	1,018717	1,016661
75 e.o.	1,079175	1,065545	0,989222	1,185164	1,005466	1,044856
Totaal	1,064863	1,092252	0,994021	1,126334	1,026266	1,022196

Mannen Leeftijd	12 Groeihor- moon	13 Schild- klieraan- doeningen	14 Diabetes type I	15 Diabetes type IIa	16 Diabetes type IIb	17 Psychische aandoenin- gen
0 t/m 14	1,320428	0,967945	1,063786	1	1	1,078306
15 t/m 29	1,179744	1,082847	1,014964	2,443081	0,915072	1,04363
30 t/m 44	0,915834	1,045876	1,040504	1,276246	1,031939	1,038587
45 t/m 59	1,256695	1,054377	1,051036	1,157666	0,98442	1,029787
60 t/m 74	0,725482	1,051468	1,084016	1,188833	0,9752	1,03536
75 e.o.						

Vrouwen Leeftijd	12 Groeihor- moon	13 Schild- klieraan- doeningen	14 Diabetes type I	15 Diabetes type IIa	16 Diabetes type IIb	17 Psychische aandoenin- gen
0 t/m 14	1,347122	1,003934	1,05164	1	0,503373	1,122374
15 t/m 29	1,064351	1,071563	1,041397	2,035474	1,173342	0,990094
30 t/m 44	1,022724	1,052771	1,04737	1,286936	1,007593	1,005689
45 t/m 59	1,099977	1,042328	1,040909	1,158184	0,99023	1,012821
60 t/m 74	1,081733	1,019742	1,037509	1,173454	0,953899	1,009854
75 e.o.	2,317164	1,043468	1,069005	1,264793	0,974555	1,042182
Totaal	1,173485	1,050966	1,067289	1,218509	0,989934	1,026143

Mannen Leeftijd	18 Glaucoom	Ziekte van Crohn/colitis ulcerosa	19	20 Kanker
0 t/m 14	0,907647		1,028547	4,026653
15 t/m 29	1,037813		1,045435	0,990438
30 t/m 44	1,04314		1,037084	1,150663
45 t/m 59	1,038994		1,023383	1,237296
60 t/m 74	1,022997		1,004742	1,31713
75 e.o.	1,023585		1,082889	1,40716

Vrouwen Leeftijd	18 Glaucoom	Ziekte van Crohn/colitis ulcerosa	19	20 Kanker
0 t/m 14	1,073862		1,243627	1
15 t/m 29	1,166832		1,021943	1,319289
30 t/m 44	1,015858		0,99742	1,20268
45 t/m 59	1,019488		1,064623	1,176525
60 t/m 74	1,006107		1,057875	1,301372
75 e.o.	1,018396		1,057166	1,605584
Totaal	1,033657		1,037726	1,31075

Bijlage 2. Toewijzing FKG's 2007 in het geval van samenloop van de een van de FKG's Diabetes (Diabetes I, Diabetes IIa of Diabetes IIb) met een FKG voor Hoog Cholesterol en/of Hypertensie

Bron: College voor zorgverzekeringen

Diabetes I	Diabetes II	Cholesterol	Hypertensie	Toewijzing FKG
>180	>180	>180	>180	DIA I, CHO
>180	>180	>180	<180	DIA I, CHO
>180	<180	>180	>180	DIA I, CHO
>180	<180	>180	<180	DIA I, CHO
>180	>180	<180	>180	DIA I
>180	>180	<180	<180	DIA I
>180	<180	<180	>180	DIA I
>180	<180	<180	<180	DIA I
<180	>180	>180	>180	DIA IIa
<180	>180	>180	<180	DIA IIb, CHO
<180	>180	<180	<180	DIA IIb
<180	>180	<180	>180	DIA IIb
<180	<180	>180	>180	CHO
<180	<180	>180	<180	CHO
<180	<180	>180	>180	Geen
<180	<180	<180	<180	Geen

Toelichting

Groter of kleiner dan 180 verwijst naar de dagdosering voor de betreffende FKG. De tabel beschrijft de verschillende situaties die mogelijk zijn bij een samenloop van farmaciegebruik voor diabetes en cholesterol. In de laatste kolom staat aangegeven welke FKG's toegewezen worden in de betreffende situatie.

Bijlage 3 van de Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2007

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het criterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp

Risicoklasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
0 t/m 4 jaar	780,97	675,01
5 t/m 9 jaar	377,15	338,50
10 t/m 14 jaar	343,92	329,91
15 t/m 19 jaar	388,72	411,86
20 t/m 24 jaar	361,91	452,81
25 t/m 29 jaar	357,80	573,66
30 t/m 34 jaar	375,28	665,41
35 t/m 39 jaar	417,85	591,19

Risicoklasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
40 t/m 44 jaar	452,58	532,71
45 t/m 49 jaar	523,59	579,66
50 t/m 54 jaar	607,77	635,76
55 t/m 59 jaar	756,99	741,38
60 t/m 64 jaar	932,12	818,02
65 t/m 69 jaar	1236,82	970,17
70 t/m 74 jaar	1542,69	1163,94
75 t/m 79 jaar	1776,88	1368,24
80 t/m 84 jaar	1756,99	1402,30
85 t/m 89 jaar	1686,27	1294,08
90 jaar en ouder	1343,92	1050,03

Bijlage 4 van de Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2007

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het criterium FKG's (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp

FKG 2007	Gewicht in euro's
0 Geen FKG	-108,59
1 Glaucoom	89,49
2 Schildklieraandoeningen	173,87
3 Psychische aandoeningen	16,01
4 Hoog cholesterol	113,75
5 Diabetes type IIb	262,57
6 CARA	457,28
7 Diabetes type IIa	438,65
8 Epilepsie	413,36
9 Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	684,28

FKG 2007	Gewicht in euro's
10 Hartaandoeningen	1113,49
11 Reuma	1047,53
12 Parkinson	579,89
13 Diabetes type I	893,98
14 Transplantaties	775,94
15 Cystic fibrosis/pancreas	1954,80
16 Aand. Van hersenen/ ruggemerg	961,03
17 Kanker	4404,43
18 HIV/AIDS	1823,76
19 Nieraandoeningen	7543,14
20 Groeihormonen	1031,75

Bijlage 5 van de Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2007

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het criterium DKG's (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp

DKG 2007	Gewicht in euro's
0	-97,43
1	1016,64
2	1536,93
3	1894,53
4	2198,36
5	3098,82
6	3951,38
7	4305,18
8	5451,98
9	6024,59
10	6662,87
11	7734,49
12	11328,89
13	41287,25

Bijlage 6 van de Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2007

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het criterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp

Aard van het inkomenklasse Gewichten in euro's	0-14 jaar	15-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65 jaar en ouder
1. 0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder	0,00					0,00
2. Arbeidsongeschikten		516,26	458,04	498,75	402,05	
3. Bijstandsgerechtigden		174,22	130,34	237,08	119,18	
4. WW, ANW (AWW) en overige uitkeringsgerechtigden		66,10	-15,29	-56,42	-163,45	
5. Zelfstandigen		-51,97	-93,05	-151,39	-222,93	
6. Referentiegroep		-19,69	-29,81	-59,96	-87,15	

Bijlage 7 van de Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2007

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het regiocriterium (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp

Regioklasse 2007 Gewicht in euro's	Voormalig ziekenfonds verzekerde	Voormalig particulier verzekerde	0-1 jarigen*
Klasse 1	94,86	30,37	63,52
Klasse 2	66,76	6,34	37,40
Klasse 3	36,22	-8,14	14,66
Klasse 4	31,09	-11,83	10,23
Klasse 5	18,61	-18,01	0,81
Klasse 6	-3,06	-30,39	-16,34
Klasse 7	-4,60	-31,52	-17,68
Klasse 8	-17,98	-44,35	-30,80

Regioklasse 2007 Gewicht in euro's	Voormalig zieken- fonds verzekerd	Voormalig particulier verzekerd	0-1 jarigen*
Klasse 9	-31,25	-35,64	-33,38
Klasse 10	-38,60	-50,48	-44,37

* Het gewicht voor de '0-1'jarigen is berekend door het CVZ overeenkomstig de toelichting bij artikel 3.3 van de Regeling zorgverzekering.

Bijlage 8 van de Regeling beleidsre- gels vereveningsbijdrage zorgverze- ring 2007

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorg-
verzekering

*Gewichten voor het criterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag overige prestaties (totale ove-
rige prestaties en van de afzonderlijke overige prestaties)*

Risicoklasse	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's
Mannen	Huisartsen- hulp	Tandheel- kundige hulp	Verloskun- dige hulp	Paramedi- sche hulp	Ziekenver- voer
0 t/m 4 jaar	122,39	13,84	0,00	38,64	25,95
5 t/m 9 jaar	103,63	83,13	0,00	79,69	19,35
10 t/m 14 jaar	98,20	116,70	0,00	30,12	20,61
15 t/m 19 jaar	98,65	81,23	0,00	21,32	25,98
20 t/m 24 jaar	97,23	4,01	0,00	11,65	23,08
25 t/m 29 jaar	99,69	3,46	0,00	12,81	20,32
30 t/m 34 jaar	101,14	3,72	0,00	13,68	20,28
35 t/m 39 jaar	103,17	4,22	0,00	15,88	22,21
40 t/m 44 jaar	103,84	5,32	0,00	16,97	24,35
45 t/m 49 jaar	105,63	7,05	0,00	19,49	27,56
50 t/m 54 jaar	105,91	8,91	0,00	20,20	29,57
55 t/m 59 jaar	107,93	12,20	0,00	23,07	33,73
60 t/m 64 jaar	108,03	15,63	0,00	21,48	39,08
65 t/m 69 jaar	111,90	24,98	0,00	23,17	55,18
70 t/m 74 jaar	115,54	23,47	0,00	26,39	75,51
75 t/m 79 jaar	123,55	20,23	0,00	31,63	102,99
80 t/m 84 jaar	140,30	14,51	0,00	36,75	121,05
85 t/m 89 jaar	169,40	10,10	0,00	46,58	133,37
90 jaar en ouder	203,57	11,55	0,00	56,48	149,67

Risicoklasse	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's
Mannen	Kraamzorg	Farmaceutische hulp	Hulpmiddelen	Totale overige prestaties
0 t/m 4 jaar	0,00	245,16	58,11	504,09
5 t/m 9 jaar	0,00	214,74	60,28	560,82
10 t/m 14 jaar	0,00	231,48	57,82	554,93
15 t/m 19 jaar	0,00	224,12	49,92	501,22
20 t/m 24 jaar	0,00	219,82	39,97	395,76
25 t/m 29 jaar	0,00	231,16	38,08	405,52
30 t/m 34 jaar	0,00	240,28	41,00	420,10
35 t/m 39 jaar	0,00	260,38	48,45	454,31
40 t/m 44 jaar	0,00	278,96	51,99	481,43
45 t/m 49 jaar	0,00	312,23	62,33	534,29
50 t/m 54 jaar	0,00	331,62	70,58	566,79
55 t/m 59 jaar	0,00	376,65	82,69	636,27
60 t/m 64 jaar	0,00	407,55	92,75	684,52
65 t/m 69 jaar	0,00	477,11	123,77	816,11
70 t/m 74 jaar	0,00	523,19	156,76	920,86
75 t/m 79 jaar	0,00	550,35	199,25	1028,00
80 t/m 84 jaar	0,00	587,15	257,56	1157,32
85 t/m 89 jaar	0,00	612,66	347,34	1319,45
90 jaar en ouder	0,00	630,90	514,95	1567,12

Risicoklasse	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's
Vrouwen	Huisartsenhulp	Tandheelkundige hulp	Verloskundige hulp	Paramedische hulp	Ziekenvervoer
0 t/m 4 jaar	117,84	13,99	0,00	25,63	23,08
5 t/m 9 jaar	102,86	83,71	0,00	43,79	16,58
10 t/m 14 jaar	98,03	123,22	0,00	27,34	18,32
15 t/m 19 jaar	108,67	78,97	5,58	28,44	25,21
20 t/m 24 jaar	105,40	3,69	27,42	14,53	21,79
25 t/m 29 jaar	106,89	3,58	76,56	16,32	22,09
30 t/m 34 jaar	108,95	3,57	95,11	17,24	22,24
35 t/m 39 jaar	108,81	4,32	38,70	18,83	20,66
40 t/m 44 jaar	109,27	5,91	5,36	21,75	21,37
45 t/m 49 jaar	111,15	9,34	0,00	27,16	24,78
50 t/m 54 jaar	112,79	14,90	0,00	32,20	27,47
55 t/m 59 jaar	114,54	20,08	0,00	36,93	30,07
60 t/m 64 jaar	114,63	27,64	0,00	38,39	31,61
65 t/m 69 jaar	117,16	33,92	0,00	42,35	42,86
70 t/m 74 jaar	124,28	28,77	0,00	50,50	55,77
75 t/m 79 jaar	133,74	20,39	0,00	64,28	74,39
80 t/m 84 jaar	152,14	13,10	0,00	78,47	94,61
85 t/m 89 jaar	178,23	8,38	0,00	95,03	111,37
90 jaar en ouder	213,63	5,04	0,00	100,19	131,20

Risicoklasse	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's
Vrouwen	Kraamzorg	Farmaceutische hulp	Hulpmiddelen	Totale overige prestaties
0 t/m 4 jaar	0,00	231,18	54,11	465,83
5 t/m 9 jaar	0,00	211,83	55,10	513,87
10 t/m 14 jaar	0,00	222,55	55,45	544,91
15 t/m 19 jaar	6,74	264,02	50,57	568,20
20 t/m 24 jaar	43,65	258,53	41,16	516,17
25 t/m 29 jaar	158,36	257,06	41,30	682,16
30 t/m 34 jaar	227,86	269,76	42,50	787,23
35 t/m 39 jaar	100,73	292,16	48,83	633,04
40 t/m 44 jaar	14,60	307,98	53,04	539,28
45 t/m 49 jaar	0,00	356,12	66,07	594,62
50 t/m 54 jaar	0,00	385,57	77,43	650,36

Risicoklasse	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's
Vrouwen	Kraamzorg	Farmaceutische hulp	Hulpmiddelen	Totale overige prestaties
55 t/m 59 jaar	0,00	431,42	101,03	734,07
60 t/m 64 jaar	0,00	456,90	113,07	782,24
65 t/m 69 jaar	0,00	483,49	136,05	855,83
70 t/m 74 jaar	0,00	507,69	171,24	938,25
75 t/m 79 jaar	0,00	520,26	239,45	1052,51
80 t/m 84 jaar	0,00	537,78	321,82	1197,92
85 t/m 89 jaar	0,00	566,32	433,81	1393,14
90 jaar en ouder	0,00	598,44	595,14	1643,64

Bijlage 9 van de Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2007

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het criterium FKG's (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag overige prestaties (totale overige prestaties en van de afzonderlijke overige prestaties)

FKG 2007	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's
	Huisartsenhulp	Tandheelkundige hulp	Verloskundige hulp
0 Geen FKG	-6,61	-0,45	0,29
1 Geen FKG	5,29	-0,68	0,25
2 Glaucoom	8,53	1,51	-1,88
3 Schildklieraandoeningen	16,37	5,42	-4,34
4 Psychische aandoeningen	7,91	2,82	0,26
5 Hoog cholesterol	16,55	-2,05	-0,26
6 Diabetes type IIb	48,80	3,24	-1,09
7 CARA	17,82	-1,33	0,17
8 Diabetes type IIa	47,01	3,53	-3,50
9 Epilepsie	36,43	0,94	-3,47
10 Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	46,47	-2,28	0,54
11 Hartaandoeningen	43,01	1,06	-2,20
12 Reuma	63,06	5,41	0,68
13 Parkinson	45,23	-2,59	-1,79
14 Diabetes type I	28,23	0,57	-4,09
15 Transplantaties	40,47	8,00	-0,58
16 Cystic fibrosis/pancreas	76,15	5,13	-5,95
17 Aand. Van hersenen/ruggemerg	79,87	-5,80	0,39
18 Kanker	48,82	5,39	-4,08
19 HIV/AIDS	35,49	-6,36	0,24
20 Nieraandoeningen	-2,73	-6,49	-1,07

FKG 2007	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's
	Paramedische hulp	Ziekenvervoer	Kraamzorg
0 Geen FKG	-4,28	-6,75	0,48
1 Glaucoom	1,00	7,11	0,71
2 Schildklieraandoeningen	5,45	3,93	0,06
3 Psychische aandoeningen	8,22	23,40	-9,84
4 Hoog cholesterol	-1,34	-3,19	0,36
5 Diabetes type IIb	4,37	7,86	0,15
6 CARA	21,54	26,32	-1,83
7 Diabetes type IIa	-1,44	9,96	0,86
8 Epilepsie	51,57	61,13	-4,97

FKG 2007	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's
	Paramedische hulp	Ziekenvervoer	Kraamzorg
9 Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	1,08	-11,70	-2,39
10 Hartaandoeningen	28,83	79,99	1,26
11 Reuma	146,60	23,93	-3,97
12 Parkinson	461,66	62,60	1,38
13 Diabetes type I	19,10	51,29	-1,71
14 Transplantaties	19,25	20,74	-8,08
15 Cystic fibrosis/pancreas	66,73	32,70	-0,78
16 Aand. Van hersenen/ ruggemerg	586,96	181,65	-12,80
17 Kanker	-27,55	250,21	0,62
18 HIV/AIDS	-20,49	0,98	-4,08
19 Nieraandoeningen	-7,15	528,76	0,26
20 Groeihormonen	20,68	15,40	-3,49

FKG 2007	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's
	Farmaceutische hulp	Hulpmiddelen	Totale overige prestaties
0 Geen FKG	-162,80	-25,88	-206,00
1 Glaucoom	220,83	14,62	249,13
2 Schilddieraandoeningen	69,53	32,75	119,88
3 Psychische aandoeningen	443,63	28,02	510,88
4 Hoog cholesterol	403,22	-40,77	369,27
5 Diabetes type IIb	317,48	110,59	454,69
6 CARA	668,05	69,84	834,87
7 Diabetes type IIa	895,26	72,83	994,13
8 Epilepsie	751,13	172,84	1078,74
9 Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	773,28	70,45	864,62
10 Hartaandoeningen	483,42	120,90	759,13
11 Reuma	1811,25	122,80	2142,48
12 Parkinson	1563,38	395,18	2553,35
13 Diabetes type I	1050,74	1001,96	2162,23
14 Transplantaties	3302,40	92,88	3451,90
15 Cystic fibrosis/pancreas	4607,12	403,05	5156,71
16 Aand. Van hersenen/ ruggemerg	7096,69	1420,51	9348,34
17 Kanker	4222,64	532,51	5052,89
18 HIV/AIDS	11525,08	-74,91	11476,71
19 Nieraandoeningen	4995,07	6,25	5552,56
20 Groeihormonen	21862,14	632,39	22516,83

Bijlage 10 van de Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2007

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het criterium DKG's (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag overige prestaties (totale overige prestaties en van de afzonderlijke overige prestaties)

DKG 2007	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's
	Huisartsen-hulp	Tandheelkundige hulp	Verloskundige hulp	Paramedische hulp	Ziekenvervoer	Kraamzorg	Farmaceutische hulp	Hulpmiddelen	Totale overige prestaties
0	-1,45	-0,02	0,02	-1,60	-6,44	0,03	-16,72	-6,51	-32,69
1	43,14	2,76	-0,22	111,48	26,84	-0,43	116,16	51,74	351,47
2	38,47	-0,32	-0,69	18,18	92,98	-0,90	326,79	72,05	546,56
3	45,48	-0,03	-0,36	14,91	120,81	-0,13	407,06	140,45	728,19

DKG 2007	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's
	Huisartsen-hulp	Tandheelkundige hulp	Verloskundige hulp	Paramedische hulp	Ziekenvervoer	Kraamzorg	Farmaceutische hulp	Hulpmiddelen	Totale overige prestaties
4	57,42	0,93	-0,70	103,38	204,16	-0,83	529,10	211,01	1104,47
5	50,90	0,80	-1,21	28,81	151,61	-1,43	377,92	232,37	839,77
6	52,47	-0,81	-1,11	31,42	171,32	-2,32	420,48	335,35	1006,80
7	80,23	0,33	-1,89	86,23	242,46	-3,59	1181,15	312,31	1897,23
8	69,25	1,11	0,51	118,97	362,67	1,60	1263,56	652,59	2470,26
9	77,02	11,65	-0,64	89,28	372,16	-1,25	1382,06	1024,50	2954,78
10	133,79	-5,01	-0,17	68,94	500,21	0,10	2110,66	660,24	3468,76
11	181,90	4,59	-0,68	58,71	592,01	-1,20	2559,22	607,16	4001,71
12	110,28	-0,03	-1,17	180,67	530,54	-1,70	2789,38	782,00	4389,97
13	29,65	1,46	-1,41	40,61	3455,44	-1,64	727,48	302,49	4554,08

Bijlage 11 van de Regeling beleidsre-gels vereveningsbijdrage zorgverze-king 2007

Gewichten voor het criterium Aard van het inkomen (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag overige prestaties (totale overige prestaties en van de afzonderlijke overige prestaties)

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorg-verzekering

Aard van het inko-menklasse	0-14 jaar	15-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65 jaar en ouder
Gewichten in euro's Huisartsenzorg						
1. 0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder	0,00					0,00
2. Arbeidsongeschikten		25,59	23,9	20,14	11,73	
3. Bijstandsgerechtigden		15,05	13,46	9,56	0,78	
4. WW, ANW (AWW) en overige uitkerings-gerechtigden		8,52	3,67	-0,16	-4,16	
5. Zelfstandigen		-6,37	-8,82	-11,25	-12,97	
6. Referentiegroep		-1,13	-1,63	-2	-1,79	

Aard van het inko-menklasse	0-14 jaar	15-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65 jaar en ouder
Gewichten in euro's Tandheelkundige hulp						
1. 0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder	0,00					0,00
2. Arbeidsongeschikten		4,1	5,08	6,7	8,68	
3. Bijstandsgerechtigden		-11,22	3,87	2,88	2,64	
4. WW, ANW (AWW) en overige uitkerings-gerechtigden		-2,01	-1,07	0,16	2,4	
5. Zelfstandigen		-1,57	-0,92	-2,25	-3,03	
6. Referentiegroep		0,24	-0,41	-0,8	-2,33	

Aard van het inko-menklasse	0-14 jaar	15-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65 jaar en ouder
Gewichten in euro's Verloskundige hulp						
1. 0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder	0,00					0,00
2. Arbeidsongeschikten		-6,02	-1,41	0	0	
3. Bijstandsgerechtigden		16,83	-3,55	0	0	
4. WW, ANW (AWW) en overige uitkerings-gerechtigden		8,83	1,25	0	0	

Aard van het inkomensklasse Gewichten in euro's Verloskundige hulp	0-14 jaar	15-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65 jaar en ouder
5. Zelfstandigen		-1,76	-0,73	0	0	
6. Referentiegroep		-0,36	0,27	0	0	

Aard van het inkomensklasse Gewichten in euro's Paramedische hulp	0-14 jaar	15-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65 jaar en ouder
1. 0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder	0,00					0,00
2. Arbeidsongeschikten		34,34	33,13	35,57	28,44	
3. Bijstandsgerechtigden		-4,36	-3,77	-3,11	-4,29	
4. WW, ANW (AWW) en overige uitkeringsgerechtigden		0,16	-1,62	-4,15	-7,84	
5. Zelfstandigen		-2,66	-4,37	-7,8	-10,82	
6. Referentiegroep		-0,85	-1,8	-3,68	-5,95	

Aard van het inkomensklasse Gewichten in euro's Ziekenvervoer	0-14 jaar	15-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65 jaar en ouder
1. 0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder	0,00					0,00
2. Arbeidsongeschikten		46,72	33,95	33,5	23,19	
3. Bijstandsgerechtigden		16,68	19,29	26,41	14,42	
4. WW, ANW (AWW) en overige uitkeringsgerechtigden		2,23	-0,79	-3,26	-7,37	
5. Zelfstandigen		-3,19	-5,41	-9,18	-12,53	
6. Referentiegroep		-1,78	-2,76	-4,6	-5,66	

Aard van het inkomensklasse Gewichten in euro's Kraamzorg	0-14 jaar	15-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65 jaar en ouder
1. 0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder	0,00					0,00
2. Arbeidsongeschikten		-12,88	-2,9	0	0	
3. Bijstandsgerechtigden		-0,63	-16,67	0	0	
4. WW, ANW (AWW) en overige uitkeringsgerechtigden		11,05	2,67	0	0	
5. Zelfstandigen		-5,3	-2,24	0	0	
6. Referentiegroep		0,35	1,02	0	0	

Aard van het inkomensklasse Gewichten in euro's Farmaceutische hulp	0-14 jaar	15-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65 jaar en ouder
1. 0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder	0,00					0,00
2. Arbeidsongeschikten		242,46	296,81	292,22	185,15	
3. Bijstandsgerechtigden		46,37	115,25	135,65	52,39	
4. WW, ANW (AWW) en overige uitkeringsgerechtigden		8,11	0,54	-14,94	-44,09	

Aard van het inkomensklasse	0-14 jaar	15-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65 jaar en ouder
Gewichten in euro's Farmaceutische hulp						
5. Zelfstandigen		-17,8	-42,04	-68,53	-83,59	
6. Referentiegroep		-8,11	-22,64	-37,56	-43,18	

Aard van het inkomensklasse	0-14 jaar	15-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65 jaar en ouder
Gewichten in euro's Hulpmiddelen						
1. 0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder	0,00					0,00
2. Arbeidsongeschikten		134,01	93,97	101,57	81,77	
3. Bijstandsgerechtigden		-4,15	0,6	18,31	8,61	
4. WW, ANW (AWW) en overige uitkeringsgerechtigden		-4,53	-6,55	-10,06	-16,44	
5. Zelfstandigen		-5,57	-11,66	-19,37	-32,04	
6. Referentiegroep		-3,67	-5,59	-12,04	-18,69	

Aard van het inkomensklasse	0-14 jaar	15-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65 jaar en ouder
Gewichten in euro's Totale overige prestaties						
1. 0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder	0,00					0,00
2. Arbeidsongeschikten		468,32	482,53	489,70	338,96	
3. Bijstandsgerechtigden		74,57	128,48	189,70	74,55	
4. WW, ANW (AWW) en overige uitkeringsgerechtigden		32,36	-1,90	-32,41	-77,50	
5. Zelfstandigen		-44,22	-76,19	-118,38	-154,98	
6. Referentiegroep		-15,31	-33,54	-60,68	-77,60	

Bijlage 12 van de Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2007

Gewichten voor het regiocriterium (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag overige prestaties (totale overige prestaties en van de afzonderlijke overige prestaties)

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voormalig ziekenfonds verzekerden

Regio-klasse 2006	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's
	Huisartsenhulp	Tandheelkundige hulp	Verloskundige hulp	Paramedische hulp	Ziekenvervoer	Kraamzorg	Farmaceutische hulp	Hulpmiddelen	Totale overige prestaties
1	6,25	1,22	0,45	-5,99	-1,37	-6,93	12,16	-2,71	3,08
2	6,1	-0,08	0,24	-4,67	0,64	-5,99	4,27	2,18	2,69
3	4,94	-0,87	0,02	-2,58	0,29	-2,81	1,5	7,4	7,89
4	4,29	-1,73	0,34	-1,76	0,48	-1,23	-2,95	5,98	3,42
5	4,08	-2,44	0,54	-1,73	0,52	-0,83	-2,87	4,94	2,21
6	3,95	-2,04	0,79	-1	2,14	0,92	-7,8	4,67	1,63
7	2,52	-2,56	0,62	-0,96	4,12	1,39	-9,34	6,97	2,76
8	1,91	-3,71	0,47	-0,66	4,72	1,37	-14,67	4,36	-6,21
9	1	-3,03	0,76	-2,24	5,62	3,1	-25,21	4,81	-15,19
10	0,24	-5,08	-0,06	-3,3	5,73	1,5	-29,64	0,73	-29,88

Gewichten voormalig particulier verzekerden

Regio-klasse 2006	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's
	Huisartsen-hulp	Tandheelkundige hulp	Verloskundige hulp	Paramedische hulp	Ziekenvervoer	Kraamzorg	Farmaceutische hulp	Hulp-middelen	Totale overige prestaties
1	-8,96	2,27	-1,65	0,74	-5,87	-2,18	25	-7,92	1,43
2	-8,03	2,32	-1,71	2,86	-4,5	-2,11	15,14	-9,41	-5,44
3	-5,98	3,63	-0,88	4,11	-3,94	0,31	19,38	-6,99	9,64
4	-5,78	3,5	-0,43	4,42	-4,4	1,48	17,37	-6,71	9,45
5	-5,04	3,84	-0,43	4,33	-3,6	1,6	14,58	-6,77	8,51
6	-4,67	3,55	-0,27	4,26	-4,84	2,29	9,17	-7,88	1,61
7	-5,29	3,75	-0,46	4,38	-3,27	1,86	7,58	-8,82	-0,27
8	-5,09	3,47	-0,6	4,48	-2,31	1,95	8,37	-6,99	3,28
9	-5,54	3,95	-0,53	2,13	-2,75	2,15	6,55	-7,25	-1,29
10	-7,98	1,21	-1,49	1,3	-1,28	0,7	-2,43	-6,79	-16,76

Gewichten '0-1'jarigen*

Regio-klasse 2006	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's
	Huisartsen-hulp	Tandheelkundige hulp	Verloskundige hulp	Paramedische hulp	Ziekenvervoer	Kraamzorg	Farmaceutische hulp	Hulp-middelen	Totale overige prestaties
1	-1,14	1,73	-0,57	-2,72	-3,56	-4,62	18,40	-5,24	2,28
2	-0,77	1,09	-0,71	-1,01	-1,86	-4,10	9,55	-3,45	-1,26
3	-0,37	1,32	-0,42	0,67	-1,77	-1,29	10,19	0,41	8,74
4	-0,60	0,81	-0,03	1,24	-1,89	0,09	6,93	-0,19	6,36
5	-0,35	0,61	0,07	1,22	-1,48	0,35	5,61	-0,75	5,28
6	-0,24	0,68	0,27	1,56	-1,25	1,59	0,45	-1,43	1,63
7	-1,28	0,51	0,10	1,64	0,53	1,62	-1,12	-0,70	1,30
8	-1,49	-0,22	-0,05	1,84	1,30	1,65	-3,47	-1,16	-1,60
9	-2,18	0,36	0,13	-0,12	1,55	2,64	-9,77	-1,05	-8,44
10	-3,75	-2,02	-0,75	-1,06	2,32	1,11	-16,42	-2,92	-23,49

* Het gewicht voor de 0-1 jarigen is berekend door het CVZ overeenkomstig de toelichting bij artikel 3.3 van de Regeling zorgverzekering.

Bijlage 13 van de Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2007

Bron: Bijlage 6 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor de no-claimteruggave per verzekerde per risicoklasse naar leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde)

Risicoklasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
18 t/m 19 jaar	160,37	113,56
20 t/m 24 jaar	171,57	123,85
25 t/m 29 jaar	167,69	112,48
30 t/m 34 jaar	157,74	102,20
35 t/m 39 jaar	144,14	105,88
40 t/m 44 jaar	133,73	106,21
45 t/m 49 jaar	119,30	92,73
50 t/m 54 jaar	103,62	79,58
55 t/m 59 jaar	82,80	65,56

Risicoklasse **Gewicht in euro's** **Gewicht in euro's**

	Mannen	Vrouwen
60 t/m 64 jaar	69,00	55,83
65 t/m 69 jaar	48,23	42,70
70 t/m 74 jaar	31,99	30,71
75 t/m 79 jaar	20,91	22,20
80 t/m 84 jaar	18,43	20,39
85 t/m 89 jaar	19,31	22,56
90 jaar en ouder	21,26	27,96

Bijlage 14 van de Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2007

Bron: Bijlage 6 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor de no-claimteruggave per verzekerde per risicoklasse naar Aard van het inkomen (in euro's per verzekerde)

Aard van het inkomen-klasse	18-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65 jaar en ouder
1.65 jaar en ouder					0,00
2. Arbeidsongeschikten	-67,1	-67,13	-55,89	-35,3	
3. Bijstandsgerechtigden	-21,96	-30,81	-26,95	-8,81	

Aard van het inkomensklasse	18-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65 jaar en ouder
4. WW, ANW (AWW) en overige uitkeringsgerechtigden	-14,93	-7,14	0,71	6,25	
5. Zelfstandigen	14,52	22,02	28,31	29,08	
6. Referentiegroep	2,93	4,42	5,84	7,03	

Bijlage 15 van de Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2007

Bron: Bijlage 6 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor de no-claimteruggave per verzekerde per risicoklasse naar regio (in euro's per verzekerde)

Regioklasse 2007	Voormalig ziekenfonds verzekerde	Voormalig particulier verzekerde
Klasse 1	-9,64	0,09
Klasse 2	-6,88	1,42
Klasse 3	-5,33	1,76
Klasse 4	-3,80	2,00
Klasse 5	-2,16	2,86
Klasse 6	-1,34	3,65
Klasse 7	0,35	4,96
Klasse 8	0,89	6,46
Klasse 9	0,84	8,69
Klasse 10	2,98	11,59

PM Hier zijn 0-1 jarigen niet van toepassing omdat no-claim geldt vanaf 18 jaar.

Bijlage 16 van de Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2007

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het criterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp

De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de ex post berekening van het normatieve bedrag van een zorgverzekeraar en bevatten een correctie voor HKV.

Risicoklasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
0 t/m 4 jaar	760,27	652,42
5 t/m 9 jaar	354,76	317,53
10 t/m 14 jaar	314,51	301,97
15 t/m 19 jaar	346,72	391,80
20 t/m 24 jaar	332,34	460,74
25 t/m 29 jaar	327,26	618,22

Risicoklasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
30 t/m 34 jaar	349,94	729,15
35 t/m 39 jaar	397,83	630,52
40 t/m 44 jaar	433,97	546,21
45 t/m 49 jaar	505,40	591,88
50 t/m 54 jaar	587,08	657,31
55 t/m 59 jaar	736,58	751,61
60 t/m 64 jaar	888,96	837,52
65 t/m 69 jaar	1191,81	994,01
70 t/m 74 jaar	1485,35	1207,83
75 t/m 79 jaar	1747,28	1425,54
80 t/m 84 jaar	1848,59	1530,53
85 t/m 89 jaar	1891,54	1490,12
90 jaar en ouder	1623,93	1286,87

Bijlage 17 van de Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2007

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het criterium FKG's (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp
De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de ex post berekening van het normatieve bedrag van een zorgverzekeraar en bevatten een correctie voor HKV.

FKG 2007	Gewicht in euro's
0 Geen FKG	-91,91
1 Glaucoom	105,25
2 Schildklieraandoeningen	219,41
3 Psychische aandoeningen	36,67
4 Hoog cholesterol	130,46
5 Diabetes type IIb	255,77
6 CARA	433,85
7 Diabetes type IIa	403,33
8 Epilepsie	354,13
9 Ziekte van Crohn/ Colitis Ulcerosa	632,15
10 Hartaandoeningen	891,98
11 Reuma	935,86
12 Parkinson	488,00
13 Diabetes type I	671,36
14 Transplantaties	905,21
15 Cystic fibrosis/ pancreas	956,40

FKG 2007	Gewicht in euro's
16 Aand. Van hersenen/ruggemerg	401,78
17 Kanker	3299,42
18 HIV/AIDS	1023,25
19 Nieraandoeningen	3054,00
20 Groeihormonen	181,52

Bijlage 18 van de Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2007

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het criterium DKG's (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp
De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de ex post berekening van het normatieve bedrag van een zorgverzekeraar en bevatten een correctie voor HKV.

DKG 2007	Gewicht in euro's
0	-67,92
1	1111,26
2	1442,36
3	1662,05
4	1867,61
5	2444,14
6	3032,73
7	3686,16
8	3875,76
9	4188,27
10	5412,18
11	6607,61
12	7416,91
13	13886,10

Bijlage 19 van de Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2007

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het criterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp
De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de ex post berekening van het normatieve bedrag van een zorgverzekeraar en bevatten een correctie voor HKV.

Aard van het inkomensklasse Gewichten in euro's	0-14 jaar	15-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65 jaar en ouder
1. 0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder	0,00					0,00
2. Arbeidsongeschikten		417,58	413,76	441,93	352,02	
3. Bijstandsgerechtigden		176,85	122,52	193,53	93,81	
4. WW, ANW (AWW) en overige uitkeringsgerechtigden		83,37	-1,81	-48,81	-135,5	
5. Zelfstandigen		-56,65	-96,22	-146,88	-207,51	
6. Referentiegroep		-16,99	-26,44	-51,22	-74,8	

Bijlage 20 van de Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2007

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het regiocriterium (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp
De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de ex post berekening van het normatieve bedrag van een zorgverzekeraar en bevatten een correctie voor HKV.

Regioklasse 2007 Gewicht in euro's	Voormalig ziekenfonds verzekerde	Voormalig particulier verzekerde	0-1 jarigen
Klasse 1	83,92	18,42	52,09
Klasse 2	60,90	-0,05	31,28
Klasse 3	39,43	-11,89	14,49
Klasse 4	31,98	-18,44	7,48
Klasse 5	19,26	-20,20	0,08
Klasse 6	2,11	-31,21	-14,08
Klasse 7	-2,68	-30,75	-16,32
Klasse 8	-13,87	-44,79	-28,90
Klasse 9	-24,78	-38,31	-31,36
Klasse 10	-34,52	-48,94	-41,53

Bijlage 21 van de Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2007

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het criterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag overige prestaties (totale overige prestaties en van de afzonderlijke overige prestaties)

De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de ex post berekening van het normatieve bedrag van een zorgverzekeraar en bevatten een correctie voor HKV.

Risicoklasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
0 t/m 4 jaar	483,28	447,74
5 t/m 9 jaar	553,63	504,57
10 t/m 14 jaar	532,15	532,83
15 t/m 19 jaar	488,13	559,60
20 t/m 24 jaar	380,45	511,82
25 t/m 29 jaar	391,12	691,54
30 t/m 34 jaar	408,94	804,28
35 t/m 39 jaar	446,59	635,69

Bijlage 22 van de Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2007

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering

Risicoklasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
40 t/m 44 jaar	472,44	533,04
45 t/m 49 jaar	527,15	588,90
50 t/m 54 jaar	565,64	652,32
55 t/m 59 jaar	636,75	733,17
60 t/m 64 jaar	682,10	788,78
65 t/m 69 jaar	815,45	868,61
70 t/m 74 jaar	925,53	965,40
75 t/m 79 jaar	1056,45	1097,99
80 t/m 84 jaar	1216,03	1268,23
85 t/m 89 jaar	1409,84	1487,23
90 jaar en ouder	1692,34	1765,94

Bijlage 22 van de Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2007

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het criterium FKG's (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag overige prestaties (totale overige prestaties en van de afzonderlijke overige prestaties)

De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de ex post berekening van het normatieve bedrag van een zorgverzekeraar en bevatten een correctie voor HKV.

FKG 2007	Gewicht in euro's Overige prestaties
0 Geen FKG	-191,49
1 Glaucoom	260,68
2 Schildklieraandoeningen	150,45
3 Psychische aandoeningen	514,66
4 Hoog cholesterol	416,17
5 Diabetes type IIb	474,50
6 CARA	817,71
7 Diabetes type IIa	1036,76
8 Epilepsie	931,36
9 Ziekte van Crohn/ Colitis Ulcerosa	811,05
10 Hartaandoeningen	690,96
11 Reuma	1688,72
12 Parkinson	2403,10

FKG 2007	Gewicht in euro's Overige prestaties	DKG 2007	Gewicht in euro's Overige prestaties	
13	Diabetes type I	2059,24	0	-22,69
14	Transplantaties	2704,77	1	354,31
15	Cystic fibrosis/ pancreas	2941,30	2	513,85
16	Aand. Van hersenen/ruggemerg	6795,67	3	625,61
17	Kanker	2745,62	4	957,16
18	HIV/AIDS	9568,49	5	674,31
19	Nieraandoeningen	2639,50	6	738,44
20	Groeihormonen	10745,54	7	1452,41
			8	1734,01
			9	2084,88
			10	2132,13
			11	2865,72
			12	2348,77
			13	90,74

Bijlage 23 van de Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2007

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het criterium DKG's (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag overige prestaties (totale overige prestaties en van de afzonderlijke overige prestaties)

De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de ex post berekening van het normatieve bedrag van een zorgverzekeraar en bevatten een correctie voor HKV.

Bijlage 24 van de Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2007

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering

Aard van het inkomensklasse	0-14 jaar	15-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65 jaar en ouder
1. 0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder	0,00					0,00
2. Arbeidsongeschikten		442,85	460,53	464,05	327,1	
3. Bijstandsgerechtigden		78,3	135,43	196,36	83,95	
4. WW, ANW (AWW) en overige uitkeringsgerechtigden		37,1	5,79	-26,29	-64,37	
5. Zelfstandigen		-46,62	-77,38	-117,98	-153,55	
6. Referentiegroep		-14,66	-32,39	-57,84	-75,8	

Bijlage 25 van de Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2007

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het regiocriterium (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag overige prestaties (totale overige prestaties en van de afzonderlijke overige prestaties)

De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de ex post berekening van het normatieve bedrag van een zorgverzekeraar en bevatten een correctie voor HKV.

Regioklasse 2007	Voormalig ziekenfonds verzekerd	Voormalig particulier verzekerd	0-1 jarigen
Klasse 1	7,35	-8,93	-0,56
Klasse 2	9,86	-9,54	0,43
Klasse 3	12,26	-2,04	5,31
Klasse 4	10,11	0,39	5,39
Klasse 5	7,00	-0,77	3,22
Klasse 6	8,62	-3,03	2,96
Klasse 7	5,64	-6,32	-0,17

Gewichten voor het criterium Aard van het inkomen (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag overige prestaties (totale overige prestaties en van de afzonderlijke overige prestaties)

De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de ex post berekening van het normatieve bedrag van een zorgverzekeraar en bevatten een correctie voor HKV.

Regioklasse 2007 Gewicht in euro's	Voormalig zieken- fonds verzekerd	Voormalig particu- lier verzekerd	0-1 jarigen
Klasse 8	-1,45	-5,94	-3,63
Klasse 9	-11,47	-11,93	-11,69
Klasse 10	-26,01	-23,19	-24,64
